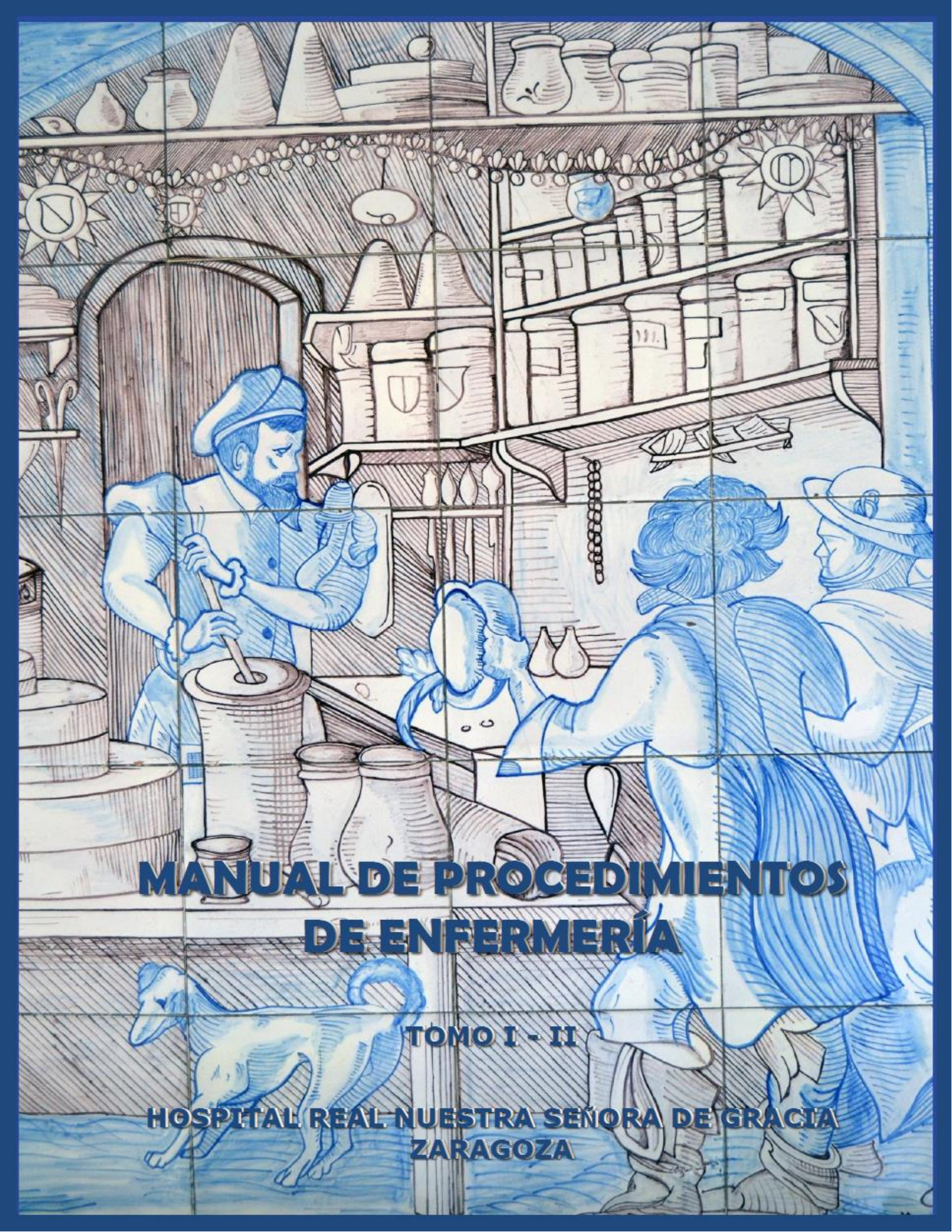




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TOMO I - II

**HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZARAGOZA**

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
ZARAGOZA

TOMO I: Actualizado en Octubre del 2017
TOMO II: Actualizado en Noviembre del 2019

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia
Zaragoza Sector I
Calle Ramón y Cajal 60
50004 Zaragoza

Obra completa	ISBN: 978-84-697-3871-9
Tomo I	ISBN: 978-84-697-4114-6
	Octubre, 2017
Tomo II	ISBN: 978-84-09-15643-6
	Noviembre 2019

“De notable influjo en la curación de las enfermedades es la asistencia de cuantos prestan su vida y su ejercicio al consuelo del afligido. Los cuidados en las salas de enfermos constituyen, en sí mismos, una ciencia que no sólo debe practicarse con entusiasmo, sino ser cultivada y transmitida entre aquellas personas dedicadas a ella. El auxilio físico y moral, la atención a la alimentación y la buena higiene forman parte de la curación de cuantos carecen de buena salud como una parte tan importante como las medidas que reciben. Mi intención no es otra que la de plasmar aquí cuanto necesiten conocer quienes estuvieren en la condición de ser amaestrados en el cuidado de estos necesitados. Sirvan pues estas páginas como humilde guía en el infatigable camino de quien ha decidido dedicar su vida al cuidado de sus semejantes.”

Zaragoza, 6 de enero de 1805
Atribuido a Madre María Rafols

Dirección de Enfermería Hospital Real Nuestra Señora de Gracia



El Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, el más antiguo de Aragón, cuenta con unos profesionales comprometidos en la mejora del cuidado que proporcionan a los pacientes. Es por ello, que todas las actuaciones que se llevan a cabo están basadas en la evidencia científica, y por lo tanto es necesario el seguimiento y evaluación continuo.

La investigación en ciencias de la salud, aporta constantemente nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados diarios a los pacientes.

El manual que os presento, "Manual de Procedimientos de Enfermería", es el resultado del trabajo de un gran número de profesionales, consensado a través de la Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital. El objetivo final que tiene es prestar una atención de calidad a los pacientes, a través de la normalización de la práctica enfermera, proporcionando a los profesionales las herramientas para la toma de decisiones, y facilitando la atención al personal de nueva incorporación.

El Manual de Procedimientos de Enfermería, está a disposición de todos los profesionales en la intranet del Sector Zaragoza I.

M^a. Luisa Martínez López
Directora de Enfermería

Comisión de Cuidados de Enfermería Hospital Real Nuestra Señora de Gracia



La evolución del cuidado enfermero ha estado estrechamente ligada a cada momento histórico, y a las necesidades humanas básicas, adaptándose a la demanda social en materia de cuidados de salud, lo que ha dado lugar a una gran variabilidad de prestación de cuidados.

Los procedimientos de enfermería sirven para unificar los criterios de actuación, reducir la diversidad de la práctica clínica y garantizar la calidad del proceso asistencial.

Los procedimientos además, tienen un carácter claramente normativo, que proporciona a los profesionales un respaldo legal y seguridad en su actividad diaria.

Los manuales son una forma de recopilar los procedimientos que además sirve a los profesionales como guía de consulta.

Para ello, La Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia se propuso la elaboración de este manual, el cual se basa en la satisfacción de las necesidades humanas básicas en la actualidad, agrupando los procedimientos según la clasificación de las 14 necesidades de Virginia Henderson en el Tomo I, y el resto de los cuidados enfermeros en el Tomo II.

Siendo el resultado del trabajo realizado por numerosos profesionales, y a su vez el punto de partida de futuras actualizaciones.

Dadas las peculiaridades del formato mostramos a continuación una descripción y recomendación de uso:

- Los 5 momentos de la higiene de manos que según la OMS se deben realizar, están reflejados en el procedimiento PO-0901, pero en el desarrollo del resto de los procedimientos de este documento, no lo detallamos.
- En la ejecución de los procedimientos, se utiliza Enfermera como genérico, refiriéndonos tanto al personal femenino como masculino. Tampoco nombramos en las abreviaturas el término TCAE cuando nos referimos al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Valoramos el trabajo indispensable del resto de profesionales, como facultativos, trabajadores sociales o celadores, aunque no siempre sean mencionados en este Manual.
- Como ayuda en la búsqueda dentro del documento, colocar el cursor encima del código del procedimiento al que nos queremos remitir:
 - Acceso a un Procedimiento o Anexo: **Control + CLIC**
 - Volver al Procedimiento anterior: **ALT + ←**

Para finalizar deseamos que, en este manual, los profesionales de Enfermería encuentren las técnicas y procedimientos de cuidados más frecuentes, siendo una herramienta útil para prestar los cuidados enfermeros diariamente.

Tomo I Autores

Coordinadora	María Ángeles Pérez Milla
Colaboradores	Gloria Arguedas Gorrindo
	Esther Arroyo Ramos
	Alejandra Cano Latorre
	María Luisa Colina Ontañón
	Ana Cordovilla Esteban
	Rosa María Esteban Urbán
	José Vicente Formigos Blanque
	Sonia Iriarte Ramos
	Genoveva Labari Sanz
	Gema López-Menchero Mínguez
	Elena López Rivera
	Virginia Martín Calvo
	María Isabel Martínez Planas
	María Carmen Pérez González
	Inmaculada Sanz Lacambra
	María Pilar Sesé Sanz
	María Ángeles Torres Andrés
	Rocío Yagüe López
	Mónica Tomeo Ferrer

Tomo II Autores

Coordinadora Colaboradores

María Ángeles Pérez Milla
Teresa Acín Miguel
María Armillas Molinos
Gloria Arguedas Gorrindo
Esther Arroyo Ramos
Silvia Ballesterio Delgado
Estela Beltrán Vicente
Silvia Blasco Borao
Alejandra Cano Latorre
Maria Angeles Carnicer Navarro
María Luisa Colina Ontañón
Ana Cordovilla Esteban
Francisco Del Río Román
Clara Victoria Esteban Huche
Rosa María Esteban Urbán
Marta Ferrer Cólera
Cristina Gálvez Peruga
Rosa Gavín González
Ana Herrer Mambrona
Beatriz Ibáñez García
Sonia Iriarte Ramos
Ruth Noemí Jorge García
Genoveva Labari Sanz
Míriam Lafuente Mateo
Miriam Larraga Ruíz
Sonia Loscos Vera
M^a Carmen López López

Elena López Rivera
Eva Maria Negredo Hernández
María Nevado Pelaez
Virginia Martín Calvo
Beatriz Monterde Hernández
M^a Jesús Moreno González
M^a José Ordovas Teresa
Elena Pamplona Calejero
Concepción Peralvarez Cubillo
María Carmen Pérez González
Almudena Pérez Valenzuela
Raquel Ridruejo Sáez
M^a Pilar Rubio Casaló
Paula Sáez Escolano
Ana Sánchez Esteban
Ana Pilar Sánchez Vallespín
Esther Sanz Franco
Inmaculada Sanz Lacambra
María Pilar Sesé Sanz
M^a José Tolón Herrera
Dolores Torrellas Moreno
María Ángeles Torres Andrés
Alejandro Urcola Monreal
Rocío Yagüe López
Mónica Tomeo Ferrer

ÍNDICE DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA TOMO I

CÓDIGOS

00 ADMISIÓN

PO-0001	Ingreso del paciente
PO-0002	Acogida del paciente en Urgencias
PO-0003	Ingreso del paciente en UCI
PO-0004	Acogida del paciente en las Unidades de hospitalización
PO-0005	Traslado intrahospitalario del paciente
PO-0006	Traslado para pruebas complementarias o exploraciones del paciente
PO-0007	Traslado del paciente a otro centro
PO-0008	Alta del paciente
PO-0009	Alta voluntaria
PO-0010	Alta por defunción y cuidados post mortem

01 RESPIRACIÓN

PO-0101	Toma de frecuencia respiratoria
PO-0102	Gasometría punción arterial
PO-0103	Punción venosa y gasometría
PO-0104	Cambio y mantenimiento de la cánula de traqueotomía
PO-0105	Administración de oxígeno al paciente traqueostomizado
PO-0106	Aspiración de secreciones al paciente traqueostomizado
PO-0107	Respiración diafragmática
PO-0108	Enseñar a toser
PO-0109	Clapping
PO-0110	Drenaje postural
PO-0111	Aspiración nasofaringea
PO-0112	Aspiración orofaringea
PO-0113	Aspiración de secreciones bronquiales en el paciente intubado
PO-0114	Espirometría incentivada
PO-0115	Espirometría
PO-0116	Espirometría con broncodilatador
PO-0117	Ventilación asistida con resucitador manual y mascarilla (Ambú)
PO-0118	Oxigenoterapia con gafas nasales
PO-0119	Administración de oxígeno con mascarilla: simple, reservorio y venturi

02 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- [PO-0201](#) Alimentación por vía oral
- [PO-0202](#) Colocación sonda nasogástrica
- [PO-0203](#) Mantenimiento sonda nasogástrica
- [PO-0204](#) Retirada sonda nasogástrica
- [PO-0205](#) Mantenimiento de la gastrostomía
- [PO-0206](#) Administración de nutrición enteral por sonda nasogástrica/gastrostomía
- [PO-0207](#) Cuidado y manejo de la nutrición parenteral

03 ELIMINACIÓN

- [PO-0301](#) Colocación y mantenimiento del drenaje pleural
- [PO-0302](#) Retirada del drenaje pleural
- [PO-0303](#) Mantenimiento del drenaje quirúrgico
- [PO-0304](#) Cuidado y mantenimiento de paracentesis
- [PO-0305](#) Control de diuresis
- [PO-0306](#) Colocación de una sonda vesical
- [PO-0307](#) Mantenimiento de la sonda vesical
- [PO-0308](#) Retirada de la sonda vesical
- [PO-0309](#) Lavado vesical
- [PO-0310](#) Mantenimiento y retirada de la talla vesical
- [PO-0311](#) Cuidados al paciente con incontinencia urinaria
- [PO-0312](#) Cuidados al paciente portador de colector urinario
- [PO-0313](#) Mantenimiento de la Urostomía
- [PO-0314](#) Mantenimiento de la nefrostomía
- [PO-0315](#) Colocación de una sonda rectal
- [PO-0316](#) Administración de un enema
- [PO-0317](#) Cuidados al paciente con incontinencia fecal
- [PO-0318](#) Mantenimiento de la ileostomía
- [PO-0319](#) Mantenimiento de la colostomía
- [PO-0320](#) Lavado gástrico
- [PO-0321](#) Extracción manual del fecaloma
- [PO-0322](#) Administración de un enema por colostomía

04 MOVILIZACIÓN

- [PO-0401](#) Posiciones
- [PO-0402](#) Principios básicos en mecánica corporal
- [PO-0403](#) Movilización del paciente
- [PO-0404](#) Movilización del paciente con dispositivos de ayuda
- [PO-0405](#) Atención de enfermería al paciente con fractura de cadera en el proceso pre y postquirúrgico inmediato
- [PO-0406](#) Cambios posturales

05 REPOSO Y SUEÑO

[PO-0501](#) Cuidados para propiciar el reposo y el sueño del enfermo

06 VESTIR, ACTIVIDAD Y EJERCICIO

[PO-0601](#) Cuidados de enfermería en la actividad/ejercicio

[PO-0602](#) Cuidados de enfermería en el vestir

07 TEMPERATURA

[PO-0701](#) Medición de la temperatura corporal

[PO-0702](#) Cuidados al paciente con hipotermia

[PO-0703](#) Cuidados al paciente con hipertermia

08 HIGIENE

[PO-0801](#) Higiene de la boca

[PO-0802](#) Higiene ocular

[PO-0803](#) Higiene de manos, pies y uñas

[PO-0804](#) Higiene del paciente con ayuda en el baño

[PO-0805](#) Higiene genitoanal

[PO-0806](#) Higiene paciente encamado

[PO-0807](#) Lavado de cabeza en el paciente encamado

[PO-0808](#) Cambio de ropa del paciente encamado

[PO-0809](#) Lavado vaginal

09 SEGURIDAD

[PO-0901](#) Higiene de manos

[PO-0902](#) Utilización del guante sanitario

[PO-0903](#) Lavado quirúrgico de manos

[PO-0904](#) Colocación y retirada del guante estéril

[PO-0905](#) Vestimenta quirúrgica

[PO-0906](#) Precauciones estándar o de primer nivel

[PO-0907](#) Precauciones basadas en la transmisión aérea

[PO-0908](#) Precauciones basadas en la transmisión por contacto

[PO-0909](#) Contención mecánica

[PO-0910](#) Prevención de caídas

[PO-0911](#) Valoración y cuidados del paciente con dolor

[PO-0912](#) Prevención del delirium

[PO-0013](#) Cuidados en el paciente agónico

[PO-0914](#) Medidas de prevención en pacientes alérgicos al látex

10 COMUNICACIÓN

[PO-1001](#) Manejo de recursos para mejorar la comunicación

12 TRABAJAR Y REALIZARSE

[PO-1201](#) Valoración de las necesidades de trabajar y realizarse

14 APRENDIZAJE

[PO-1401](#) Educación sanitaria

ÍNDICE DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA TOMO II

15 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

<u>PO-1501</u>	Administración de medicación por vía respiratoria: aerosolterapia
<u>PO-1502</u>	Administración de medicación por vía respiratoria: inhaladores
<u>PO-1503</u>	Administración de medicación por SNG o Gastrostomía
<u>PO-1504</u>	Administración de medicación por vía oral
<u>PO-1505</u>	Administración de medicación por vía intramuscular
<u>PO-1506</u>	Administración de medicación por vía intravenosa
<u>PO-1507</u>	Administración de medicación por vía sublingual
<u>PO-1508</u>	Administración de medicación por vía intradérmica
<u>PO-1509</u>	Administración de medicación por vía tópica
<u>PO-1510</u>	Administración de medicación por vía subcutánea
<u>PO-1511</u>	Administración de medicación por vía rectal
<u>PO-1512</u>	Administración de medicación por vía vaginal
<u>PO-1513</u>	Administración de medicación por vía oftálmica
<u>PO-1514</u>	Administración de hierro endovenoso

16 RECOGIDA DE MUESTRAS

<u>PO-1601</u>	Recogida muestra de orina 24 horas
<u>PO-1602</u>	Recogida muestra de orina para analítica
<u>PO-1603</u>	Recogida muestra de orina para cultivo
<u>PO-1604</u>	Recogida muestra de tóxico de orina
<u>PO-1605</u>	Recogida muestra de tóxico de orina UASA
<u>PO-1606</u>	Recogida muestra de sangre oculta en heces
<u>PO-1607</u>	Recogida muestra de heces para cultivo
<u>PO-1608</u>	Recogida muestra de sangre para analítica
<u>PO-1609</u>	Recogida muestra de sangre para hemocultivo
<u>PO-1610</u>	Recogida muestra de frotis perianal
<u>PO-1611</u>	Recogida muestra de frotis nasal
<u>PO-1612</u>	Recogida muestra de frotis faríngeo
<u>PO-1613</u>	Recogida muestra de esputo
<u>PO-1614</u>	Recogida muestra de esputo inducido
<u>PO-1615</u>	Recogida muestra BAS
<u>PO-1616</u>	Recogida muestra de exudado de herida
<u>PO-1617</u>	Recogida muestra de líquido cefalorraquídeo
<u>PO-1618</u>	Recogida muestra para alcoholimetría

17 ESCALAS DE VALORACIÓN

<u>PO-1701</u>	Valoración del paciente Escala Glasgow
<u>PO-1702</u>	Valoración del paciente Escala Norton
<u>PO-1703</u>	Valoración del paciente Escala Barthel
<u>PO-1704</u>	Valoración del paciente Escala EVA
<u>PO-1705</u>	Valoración del paciente Escala CAM
<u>PO-1706</u>	Valoración del paciente Escala MEC de Lobo
<u>PO-1707</u>	Valoración del paciente Escala PFEIFFER
<u>PO-1708</u>	Valoración del paciente Escala Lawton y Brody
<u>PO-1709</u>	Valoración del paciente Escala Tinetti
<u>PO-1710</u>	Valoración del paciente Escala MNA
<u>PO-1711</u>	Valoración del paciente Escala Canadiense
<u>PO-1712</u>	Valoración del paciente Escala Downton
<u>PO-1713</u>	Valoración del cuidador Escala Zarit

18 TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

<u>PO-1801</u>	Insertión del catéter venoso periférico
<u>PO-1802</u>	Mantenimiento y cuidados del catéter venoso periférico
<u>PO-1803</u>	Insertión del catéter arterial radial periférico
<u>PO-1804</u>	Mantenimiento y cuidados del catéter arterial periférico
<u>PO-1805</u>	Insertión del catéter venoso central de acceso periférico
<u>PO-1806</u>	Mantenimiento y cuidados del catéter venoso central de acceso periférico
<u>PO-1807</u>	Insertión del catéter venoso central de acceso central
<u>PO-1808</u>	Mantenimiento y cuidados del catéter venoso central de acceso central
<u>PO-1809</u>	Actuación de enfermería en Pericardiocentesis diagnóstica y terapéutica
<u>PO-1810</u>	Actuación de enfermería en pacientes con Marcapasos Temporal Transvenoso.
<u>PO-1811</u>	Preparación del paciente para el cateterismo cardiaco
<u>PO-1812</u>	Cuidado de enfermería en pacientes postcateterismo cardiaco
<u>PO-1813</u>	Actuación de enfermería ante una desfibrilación
<u>PO-1814</u>	Actuación de enfermería en el manejo de la cardioversión
<u>PO-1815</u>	Actuación de enfermería en el paciente con ventilación mecánica no invasiva. Modelo RESPIRONIS V60
<u>PO-1816</u>	Actuación de enfermería en el paciente con ventilación mecánica
<u>PO-1817</u>	Decúbito prono en pacientes con SDRA (Síndrome de distrés respiratorio)
<u>PO-1818</u>	Medición de la PVC con columna de agua
<u>PO-1819</u>	Medición de la PVC con transductor
<u>PO-1820</u>	Cuidado de enfermería en cura estéril
<u>PO-1821</u>	Cuidado y retirada de suturas quirúrgicas
<u>PO-1822</u>	Cuidado de enfermería en la prevención de las UPP
<u>PO-1823</u>	Cuidado de enfermería en el tratamiento de las UPP
<u>PO-1824</u>	Cuidado de enfermería en la terapia de presión negativa

<u>PO-1825</u>	Determinación de glucemia capilar con punción percutánea
<u>PO-1826</u>	Terapia compresiva en úlceras vasculares
<u>PO-1827</u>	Actuación de enfermería en pacientes con disfagia
<u>PO-1828</u>	Cuidado de enfermería en pacientes con TAO
<u>PO-1829</u>	Cuidado de enfermería en transfusión y pruebas cruzadas
<u>PO-1830</u>	Actuación de enfermería en la realización de Audiometría
<u>PO-1831</u>	Medición de la presión arterial invasiva
<u>PO-1832</u>	Medición de la presión arterial no invasiva
<u>PO-1833</u>	Actuación de enfermería en la realización de Electrocardiograma
<u>PO-1834</u>	Medición Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA)
<u>PO-1835</u>	Actuación de enfermería en la realización de Holter
<u>PO-1836</u>	Ergometría-Prueba de esfuerzo
<u>PO-1837</u>	Ergometría con consumo de oxígeno-Ergoespiometría
<u>PO-1838</u>	Actuación de enfermería en la realización de Bioimpedancia
<u>PO-1839</u>	Actuación de enfermería en la realización de Electroencefalograma
<u>PO-1840</u>	Técnicas de medición Antropométrica en paciente con trastorno de la conducta alimentaria. Peso
<u>PO-1841</u>	Técnicas de medición Antropométrica en paciente con trastorno de la conducta alimentaria. Tallaje
<u>PO-1842</u>	Medición del volumen vesical con Ecógrafo

ANEXOS

<u>ANEXO 0004-I</u>	Tríptico de Acogida en el Servicio de Geriátrica
<u>ANEXO 0004-II</u>	Tríptico información Servicio UCI
<u>ANEXO 0004-III</u>	Tríptico de Acogida en el Servicio de Cirugía
<u>ANEXO 0004-IV</u>	Tríptico de Acogida en el Servicio de Ortopediátrica
<u>ANEXO 0303-I</u>	Sistemas de drenaje estéril
<u>ANEXO 0403-I</u>	Prevención de trastornos dorsolumbares en la movilización de enfermos
<u>ANEXO 0901-I</u>	Higiene de manos con agua y jabón. Sus 5 Momentos
<u>ANEXO 0901-II</u>	Higiene con soluciones hidroalcohólicas
<u>ANEXO 0914-I</u>	Medidas de prevención en pacientes alérgicos al látex
<u>ANEXO 0906-I</u>	Aislamiento estándar
<u>ANEXO 0906-II</u>	5 momentos de la OMS para la higiene de manos
<u>ANEXO 0907-I</u>	Precauciones de transmisión respiratoria
<u>ANEXO 0907-II</u>	Precauciones de transmisión por gotas
<u>ANEXO 0908-I</u>	Precauciones de transmisión contacto
<u>ANEXO 0910-I</u>	Ficha de recogida de datos sobre caída de pacientes hospitalizados
<u>ANEXO 0912-I</u>	Tríptico de Prevención del Delirium
<u>ANEXO 1401-I</u>	Tríptico información al paciente de CMA
<u>ANEXO 1401-II</u>	Tríptico información al paciente con disfagia
<u>ANEXO 1401-III</u>	Recomendaciones de alimentación para pacientes con disfagia
<u>ANEXO 1401-IV</u>	Miniguía de alimentación para pacientes con disfagia

<u>ANEXO 1401-V</u>	Tríptico información al paciente con delirio
<u>ANEXO 1401-VI</u>	Tríptico recursos para dejar de fumar
<u>ANEXO 1401-VII</u>	Tríptico nuevos anticoagulantes orales de acción directa
<u>ANEXO 1503-I</u>	Medicamentos que precisan precauciones especiales para su administración por sonda
<u>ANEXO 1601-I</u>	Documento informativo al paciente ambulatorio sobre determinación de catecolaminas
<u>ANEXO 1608-I</u>	Colores de tubos
<u>ANEXO 1608-II</u>	Container para el estudio de líquidos biológicos
<u>ANEXO 1608-III</u>	Orden de llenado de los tubos para analítica
<u>ANEXO 1609-I</u>	Cómo identificar correctamente un hemocultivo en el servicio
<u>ANEXO 1609-II</u>	Técnica de extracción de Hemocultivo
<u>ANEXO 1701-I</u>	Escala de Glasgow
<u>ANEXO 1702-I</u>	Escala de Norton
<u>ANEXO 1703-I</u>	Escala de Barthel
<u>ANEXO 1704-I</u>	Escala de EVA
<u>ANEXO 1705-I</u>	Escala CAM
<u>ANEXO 1706-I</u>	Escala MEC de Lobo
<u>ANEXO 1707-I</u>	Test de Pfeiffer
<u>ANEXO 1708-I</u>	Escala de Lawton y Brody
<u>ANEXO 1709-I</u>	Escala de tinetti
<u>ANEXO 1710-I</u>	Escala MNA
<u>ANEXO 1711-I</u>	Escala de Canadiense
<u>ANEXO 1712-I</u>	Escala de Downton
<u>ANEXO 1713-I</u>	Escala Zarit
<u>ANEXO 1803-I</u>	Bacteriemia Zero
<u>ANEXO 1809-I</u>	Consentimiento informado para la realización de pericardiocentesis
<u>ANEXO 1815-I</u>	Humidificación activa
<u>ANEXO 1824-I</u>	Productos para la cura húmeda
<u>ANEXO 1827-I</u>	Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)
<u>ANEXO 1827-II</u>	Cartel cabecera de cama: disfagia
<u>ANEXO 1827-III</u>	Viscosidad de líquidos
<u>ANEXO 1827-IV</u>	Alimentos con texturas difíciles o de riesgo
<u>ANEXO 1827-V</u>	Dieta acv disfagia y fácil masticación disfagia a líquidos
<u>ANEXO 1828-I</u>	Tríptico anticoagulantes clásicos: Antivitamina-k
<u>ANEXO 1829-I</u>	Hoja verificación de transfusión de hemoderivados
<u>ANEXO 1829-II</u>	Consentimiento informado para transfusiones de hemoderivados
<u>ANEXO 1834-I</u>	Monitorización de ambulatoria de presión arterial MAPA
<u>ANEXO 1834-II</u>	MAPA Instrucciones para el paciente
<u>ANEXO 1836-I</u>	Check-list
<u>ANEXO 1842-I</u>	Hoja recogida datos
<u>ANEXO 1842-II</u>	Presión de la medición de la vejiga



ADMISIÓN

INGRESO DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan de forma individualizada al paciente y familia a su llegada a la unidad de Hospitalización. Recogida de datos y análisis de la situación.

OBJETIVOS

- Lograr la integración del paciente y familia/acompañantes en la unidad de hospitalización para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado, humano y respetuoso.
- Reducir la ansiedad del paciente y familia, proporcionando un entorno de seguridad.
- Valorar el estado del paciente en el momento del ingreso.
- Proporcionar la información necesaria al paciente y familia, manteniendo una comunicación efectiva.
- Establecer las intervenciones enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del paciente, para la planificación de los cuidados de enfermería.

ALCANCE

Dirigida a toda la población susceptible de ser ingresada en el hospital.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- **Preparación de documentación y material clínico:**
 - Documentación clínica: hoja de valoración de enfermería al ingreso, plan de cuidados, observaciones de enfermería y hoja de tratamiento.
 - Registros específicos de cada unidad.
 - Equipo para toma de constantes vitales, esfigomanómetro, fonendoscopio, termómetro, glucómetro, etc.
- **Dotación de la habitación:**
 - Habitación asignada limpia y preparada: cama, mesilla, silla/sillón, armario, mesita auxiliar, etc.
 - Material de higiene: palangana, cuña, botella, toalla, vaso, pijama o camión y caja para prótesis (dental o auditiva), si procede.
 - Verificar el correcto funcionamiento de las tomas de oxígeno, vacío, luz, timbre y cama con su mando correspondiente.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INGRESO DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0001 Revisión: A Página 21 de 1152
--	--	---

EJECUCIÓN

- Confirmar que la habitación y el material necesario están listos antes de la llegada del paciente.
- El personal sanitario que realiza la acogida del paciente deberá presentarse y llevar la tarjeta identificativa.
- Mostrar una actitud positiva y cordial, utilizar un lenguaje claro y conciso.
- Comprobar la identidad del paciente.
- Dirigirse al paciente por su nombre.
- Colocar la Pulsera Identificativa.
- Preservar la intimidad del paciente en todo momento.
- Proporcionar la atención en un entorno seguro.
- Comprobar que la Historia Clínica pertenece al paciente.
- Coordinar con otros profesionales, si es necesario, la acogida en la Unidad, (Trabajador Social, etc).
- Facilitar información sobre las personas que forman el equipo, la estructura física de la habitación y de la Unidad.
- Acompañar e instalar al paciente en su habitación.
- Presentar al compañero si su estado lo permite, o preservar su intimidad.
- Facilitar información sobre la Unidad, normas de régimen interno, horario de visitas, comidas, depósitos del hospital, actos religiosos, etc.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Realizar el traslado a la cama si procede.
- Facilitar ayuda para desvestirse y ponerse el pijama o camisón, según el grado de independencia que tenga.
- Prestar atención a sus pertenencias personales, si no pudieran hacerse cargo de ellas, avisar al departamento de Seguridad para que proceda a su custodia.
- Entregar el tríptico de cada Unidad y resolver las dudas que plantee. [PO-0004](#)
- Realizar la Valoración de Enfermería, Necesidades de Cuidados, planificar intervenciones, etc, en base a la entrevista y observación.
Z:\Enfermeria\Hojas Ingreso ENFERMERIA
- Identificar factores de riesgo para la seguridad del paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Avisar a cocina para solicitar la dieta prescrita.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Se pueden presentar 3 tipos de Ingreso:

- No programado:
 - Procedente del servicio de Urgencias.
 - Procedente de Consultas externas.
- Programado: Proviene del servicio de Admisión.
- Traslado Intrahospitalario: Proviene de otra Unidad del Hospital.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales y los dispositivos de la Unidad.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Anotar y registrar todo el proceso de acogida en las hojas correspondientes a cada unidad.
- Anotar el ingreso en el libro de registro o soporte informático que proceda.
- Complimentar las hojas de la historia clínica según servicio, tratamiento, solicitudes de colaboración, analíticas, pruebas, etc.
- Registrar claramente y con atención la presencia de cualquier tipo de alergias/intolerancias del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería Práctica. Cuidado de las personas [Internet] 2015. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/recepcion-del-paciente>
- Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado MC, García Penche-Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006.
- Protocolos y cuidados de enfermería. [Internet] Atención Primaria en la Red. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.joomag.com/magazine/manual-de-protocolos-y-procedimientos-de-actuaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-en-urgencias/0670902001398183301?page=335>
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (15-11-2002). [Internet] [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Alonso-López A, Barrios-Torres R, Hernández-Pérez R, Izquierdo-Mora MD, Rubiralta-Juanola C, Company-Sancho M. C. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería Entre Ámbitos Asistenciales. [Internet] Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud. 2007. [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

ACOGIDA DEL PACIENTE EN URGENCIAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther López-Menchero Mínguez, Gema	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: 10/2016	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (10/2016)

ABREVIATURAS

TA	TENSION ARTERIAL
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA

DEFINICIÓN

Actuación de forma conjunta y regular del personal sanitario de Urgencia Hospitalaria ante las diferentes situaciones de urgencia y emergencia.

Consiste en recibir, identificar y valorar al paciente que requiere una asistencia sanitaria priorizando en función del nivel de gravedad utilizando el triaje informático.

- Triage informático es un método de clasificación rápida de los pacientes a su llegada al Servicio de Urgencias, para así poder delimitar inmediatamente quien precisa una asistencia prioritaria.

OBJETIVOS

- Estimular la comunicación del paciente para conocer los motivos que le han hecho acudir a urgencias.
- Informar al paciente y/o a su acompañante de la atención que va a recibir en el Servicio de urgencias.
- Informar del nivel de triaje obtenido.

ALCANCE

A toda población que requiera una atención de urgencia.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador
- Personal administrativo

MATERIAL

- Material del cuarto de triaje:
 - Un ordenador para hacer el triaje informático
 - Carro con el monitor de medición de la TA, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y temperatura timpánica
 - Otros materiales
- Material del box:
 - Carro para monitorización de constantes vitales
 - Camilla
 - Material para canalizar una vía venosa periférica
 - Tomas de oxígeno y vacío

- Material de consultas:
 - Mesa con ordenador
 - Camilla
 - Fonendoscopio
 - Otoscopio
 - Fármacos más habituales de urgencias
 - Material de curas y de administración de tratamientos farmacológicos
- Material de apoyo:
 - Carro de paradas
 - Carro de intubación
 - Carro de ECG
 - Carro de curas

EJECUCIÓN

Recepción y orientación

- El celador recibe al paciente en la entrada del Servicio de Urgencias y lo traslada en función de su estado de salud (andando, en silla de ruedas o en camilla) a la sala adecuada.

Aportación de datos en Admisión

- El paciente pasa a Admisión donde aporta los datos identificativos, a ser posible mediante documento acreditativo (tarjeta sanitaria), lo que genera una apertura informática del episodio de Urgencias.

Triage y actuación

- Identificar al paciente.
- Dirigirse al paciente por su nombre.
- Hacer pasar al paciente al cuarto de triaje.
- Preservar la intimidad del paciente en todo momento.
- Realizar una valoración clínica preliminar, de la cual se derivará el nivel de prioridad para asignar recursos y la ubicación del paciente dentro del Servicio de Urgencias.
- Los cuidados de enfermería en el triaje serán:
 - Acoger al paciente, preguntar el motivo de acudir a Urgencias con la pregunta "qué le ocurre" o "cómo se encuentra".
 - Tomar las constantes: TA, frecuencia cardiaca, saturación de Oxígeno, temperatura timpánica, glucemia capilar si fuera preciso, etc.
 - Valorar según la clínica que presente el paciente la realización de otras técnicas (ECG, cura, etc).

La realización del triaje clasifica y prioriza según los 5 niveles establecidos:

NIVEL I	URGENCIA VITAL	PASA AL BOX DE PARADAS	REQUIERE INTERVENCIÓN INMEDIATA
NIVEL II	PATOLOGÍA MUY URGENTE	PASA A UN BOX	REQUIERE INTERVENCIÓN RÁPIDA
NIVEL III	URGENCIAS RELATIVAS	PASA A UN BOX O A LA SALA DE ESPERA	
NIVEL IV	PATOLOGÍA NO URGENTE	PASA A LA SALA DE ESPERA	
NIVEL V	PATOLOGÍA NADA URGENTE		SE DERIVA A ATENCIÓN PRIMARIA PARA TRATAMIENTO

Los pacientes del nivel I, II y III pasan a box de exploración, donde el equipo de urgencias procederá a actuar de forma conjunta para aplicar los protocolos o recomendaciones de actuación ante cada nivel o situación:

- Realizar la valoración y primera actuación de enfermería ante la llegada del médico.
- Desnudar al paciente y poner el camión, si no puede él se le prestará la ayuda necesaria.
- Canalizar una vía venosa periférica.
- Realizar una extracción de sangre.
- Realizar pruebas complementarias.
- Administrar tratamiento, según pauta médica.
- El facultativo procederá a informar al paciente y/o acompañante de los resultados de las exploraciones y pruebas realizadas.
- Destino final (alta, observación, ingreso, o traslado).

Los pacientes del nivel IV y V pasan a la sala de espera.

- Avisar al paciente.
- Comprobar la identificación del paciente.
- Pasar a la consulta del facultativo para exploración médica y actuación conjunta del equipo de urgencias si procede.
- Realizar pruebas complementarias.
- Administrar tratamiento prescrito por orden facultativa.
- El facultativo procederá a informar al paciente y/o acompañante de los resultados de las exploraciones y pruebas realizadas.
- Destino final: ALTA.

Alta administrativa del paciente

Tipos:

- Alta médica: Informe de alta médica con los resultados y las actividades realizadas en urgencias.
- Ingreso hospitalario: Asignación de una cama previa consulta de ocupación dentro del hospital y la consiguiente tramitación del ingreso.
- Traslado a otro centro hospitalario: Ingreso del paciente en otro centro hospitalario, tras la aceptación se garantizará su traslado en ambulancia.

OBSERVACIONES Y PRECAUCIONES

- Informar al paciente y/o acompañante del funcionamiento del Servicio, sobretudo en la atención por orden de gravedad y no por orden de llegada estricta.
- Garantizar la confidencialidad del paciente en todo momento.
- Informar al acompañante de la evolución en el tiempo de las pruebas complementarias y tiempos de espera aproximados.
- La atención al paciente y/o acompañante será continuada mientras permanezca en el Servicio de Urgencias.
- Informar al acompañante que si el paciente pasa a un box solo podrá haber un acompañante por paciente.
- Todo el personal de Urgencias estará pendiente de forma constante de apoyar y colaborar en la atención al paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua-Sánchez A, Cachinero-Murillo A, y Col. Rutas de Cuidados al paciente adulto en Urgencias y Hospitalización. Ed. FUDEN. Madrid 2012.
- Varios autores. Enfermería en Urgencias: Buscando el Consenso. Congreso de Enfermería de Urgencias. Ed. MAD. Sevilla 2006.
- Rovira-Gil E. Urgencias en Enfermería. Ed. Paradigma Tec. Madrid 2001.
- Enfermería Práctica. Cuidado de las personas [Internet] 2015. [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/recepcion-del-paciente>
- Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado MC, García Penche-Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006.
- Protocolos y cuidados de enfermería. [Internet] Atención Primaria en la Red. [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
<http://www.joomag.com/magazine/manual-de-protocolos-y-procedimientos-de-actuaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-en-urgencias/0670902001398183301?page=335>
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (15-11-2002). [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Alonso-López A, Barrios-Torres R, Hernández-Pérez R, Izquierdo-Mora MD, Rubiralta-Juanola C. Company-Sancho M. C. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería Entre Ámbitos Asistenciales. [Internet] Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud; 2007. [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

INGRESO DEL PACIENTE EN UCI

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INGRESO DEL PACIENTE EN UCI	Z1-NSG-PO-0003 Revisión: A Página 32 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
PANI	PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA
PAI	PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA
PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades desarrolladas y orientadas a proporcionar al paciente que llega a la Unidad de Cuidados Intensivos una atención inmediata, oportuna y de calidad.

OBJETIVOS

- Preparar el box y revisar el buen funcionamiento de los equipos necesarios.
- Realizar una adecuada coordinación del personal.
- Prever los riesgos que se puedan presentar durante el ingreso.
- Brindar seguridad al paciente durante el ingreso.
- Disminuir la ansiedad del enfermo.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de ser ingresada en UCI.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

Material del box:

- Monitor de ECG, PANI, PAI, PVC, etc
- Pulsioxímetro
- Caudalímetro: mascarillas y/o gafas nasales
- Ambú con mascarilla
- Respirador
- Aspiradores
- Sondas de aspiración
- Fonendoscopio
- Esfingomanómetro
- Material fungible
- Electrodo
- Bombas de perfusión

Material de apoyo:

- Carro de paradas
- Carro de intubación
- Carro de curas
- Electrocardiógrafo

EJECUCIÓN

Actividades previas:

- Comprobar la correcta dotación del box y el correcto funcionamiento de todo el material necesario.

Actividades en el ingreso:

- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Tranquilizar e informar al enfermo, si está consciente.
- Colaborar en el paso del enfermo de camilla a la cama del box procurando su seguridad en todo momento.
- Vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, sondas, drenajes, férulas, etc.
- Monitorización básica del enfermo:
 - ECG
 - Pulsioxímetro
 - Tensión arterial
 - Comprobar el estado general del paciente y el funcionamiento de las vías
- Toma de constantes y apertura de gráfica:
 - Frecuencia cardiaca
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura
 - Tensión arterial
 - Saturación
- Actividades derivadas de órdenes médicas:
 - Canalización de vías periféricas o vías centrales de acceso periférico
 - Vía arterial
 - ECG
 - Radiografías
 - Sonda vesical, nasogástrica
 - Extracción de analíticas, muestras, cultivos, etc.
 - Administración de perfusiones y medicaciones
- Colaboración con el facultativo en:
 - Canalización de vía central, intubación, drenaje torácico, etc.

Actividades Posteriores:

- Informar al paciente sobre el funcionamiento de la unidad.
- Disminuir la ansiedad del paciente.
- Procurar dejar al paciente lo más confortable posible.
- Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición, etc.
- Informar a la familia del funcionamiento del servicio y permitir una visita.
- Entregar a los familiares hoja informativa y objetos personales.
- Pedir a la familia teléfonos de contacto.
- Recoger el material que ya no es necesario dentro del box: aparato de ECG, etc.
- Informar del ingreso al Servicio de Admisión.
- Recoger etiquetas identificativas.

- Apertura de hoja de cuidados de Enfermería.
- Incluir al paciente en los protocolos vigentes en la unidad.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- A todo paciente ingresado en la UCI de nuestro hospital le serán aplicados los protocolos vigentes en dicha unidad. (Protocolo de prevención de úlceras, Protocolo Neumonía Zero, Protocolo de Resistencia Zero, etc.).
- Al ingreso serán recogidos:
 - Frotis perianales [PO-1610](#)
 - Frotis axilares
 - Frotis faríngeos [PO-1612](#)
 - Muestra de broncoaspirado (en caso de ingreso de un paciente intubado).
[PO-1615](#)
- Si es necesario se aplicarán las medidas de aislamiento oportunas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear.
- Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Qués AA, Rodríguez-Rodríguez A, Rodríguez-Fernández C, Rodríguez-Fernández A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm Cardiol* 2005; Año XII: (34):15-21.
- González-Juanatey J.R., Mazón-Ramos P., Sonia-Arcos F., Barrios-Alonso V. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. *Rev. Esp. Cardiología*. 2003; 56: 487-497.
- Ariza-Olarte C. Atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda. *Rev Enferm Cardiol*. 2001 sep-dic. 24: 33-40.

ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	Z1-NSG-PO-0004 Revisión: A Página 38 de 1152
--	---	---

DEFINICIÓN

Es el primer contacto individualizado que existe entre los enfermos que ingresan en una Unidad y los profesionales adscritos a la misma.

OBJETIVOS

- Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.
- Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
- Favorecer el máximo confort del paciente.
- Recoger datos clínicos del paciente y su entorno.

ALCANCE

Paciente y/o acompañante que acuden al hospital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Tríptico de Acogida:
 - Tríptico de Acogida en el Servicio de Geriátría [ANEXO 0004-I](#)
 - Tríptico información Servicio UCI [ANEXO 0004-II](#)
 - Tríptico de Acogida en el Servicio de Cirugía [ANEXO 0004-III](#)
 - Tríptico de Acogida en el Servicio de Ortopediátrica [ANEXO 0004-IV](#)
- Pulsera de identificación

EJECUCIÓN

Actividades previas a la acogida del paciente

- Verificar que el espacio de acogida esté limpio y ordenado.
- Preparar el material necesario comprobando su correcto estado y funcionamiento.
- Solicitar la historia clínica del paciente.
- Comprobar que la iluminación, temperatura y ruidos son los adecuados para proporcionar un entorno confortable.
- Proporcionar la atención en un entorno seguro.

Consideraciones generales en la acogida del paciente

- Confirmar que los datos de filiación e historia clínica son correctos.
- Dar la bienvenida a la Unidad.
- El personal de enfermería que realiza la acogida al paciente, deberá presentarse y portar la tarjeta identificativa, así como mantener una apariencia física cuidada y aseada.

Actividades asistenciales:

- Informar al paciente y/o acompañante sobre las actividades a desarrollar relacionadas con su asistencia.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de aclarar cualquier duda que surja sobre la información recibida, si su estado de consciencia lo permite.
- Mostrar una actitud positiva y cordial, utilizando un lenguaje claro y conciso con un tono de voz empático y dirigiéndose al paciente por su nombre.
- Preservar en todo momento la intimidad del paciente.
- Comunicar al paciente y/o tutor legal, que la información clínica relativa a su proceso, le será facilitada a él y a las personas que nos indique, de acuerdo a la normativa vigente en materia de información y documentación clínica.
- Garantizar al paciente la confidencialidad sobre la información obtenida referida a su proceso.
- Prestar especial atención a pacientes con dificultad en el idioma, utilizando los recursos disponibles para mantener una comunicación efectiva.
- Identificar factores de riesgo para la seguridad del paciente.

Acogida en el área de Hospitalización:

- Confirmar la disponibilidad de la historia clínica.
- El personal de enfermería acomodará al paciente en la habitación o cama asignada desde el Servicio de Admisión.
- El personal de enfermería colocará y/o verificará la presencia de la pulsera identificativa, comprobando que los datos correspondan a la identidad del paciente.
- Facilitar las relaciones interpersonales procediendo a la presentación de los pacientes que comparten el mismo espacio asistencial, si procede, manteniendo en todo momento la confidencialidad sobre la información sanitaria.
- Explicar las normas generales del hospital y las específicas de la unidad: horarios de atención y visita, comidas, atención médica, servicios religiosos, atención al paciente, etc.
- Informar sobre la atención de enfermería durante las 24 horas del día, asegurando de este modo la continuidad de los cuidados que precise.
- Orientar al paciente y/o acompañante sobre el entorno de cuidados.
- Entregar y explicar el tríptico de acogida.
- Animar al paciente y/o acompañante a su lectura, facilitando cualquier aclaración en caso de duda.
- Informar y orientar sobre el espacio físico: luces, cama, mesilla, uso de timbre de llamada, baño, etc.
- Informar al paciente y/o acompañante sobre la necesidad de permanecer durante toda su estancia hospitalaria con la ropa adecuada, pijama o camisón, que será proporcionada por el Centro. El personal de enfermería ayudará en este cuidado si el paciente lo precisa.
- Indicar al paciente que entregue los objetos de valor y dinero a su acompañante.

	SECTOR ZARAGOZA I ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	Z1-NSG-PO-0004 Revisión: A Página 40 de 1152
---	---	---

- Indicar al paciente portador de algún tipo de prótesis (dentaduras, audífonos, lentes, etc), que la mantenga en lugar seguro y controlado para evitar incidencias.
- Una vez que el paciente esté acomodado en la habitación, la enfermera procederá a realizar la Valoración de Enfermería al ingreso.
- En caso necesario, recoger todos los datos para realizar una valoración integral a través del acompañante.
- Organizar y registrar los datos recogidos en la valoración, continuando con el resto de las etapas de la metodología de cuidados.
- Registrar que se ha entregado el tríptico de acogida.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester-Delgado S, Lafuente-Moruga B, Regaño-Jiménez B, Reyes-Monclús, P. Tríptico de Acogida al Servicio de Geriátría del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 2016. Zaragoza.
- Tríptico de Acogida a la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 2016. Zaragoza
- Pérez-Gonzalez MC, Sesé-Sanz MP, Bernal-Becerra AM, Hernandez-Martinez MJ, Suñer-Suñer S, Celimendiz-Gimenez V, Zaera-Carceller MC. Tríptico de Acogida al Servicio de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 2018. Zaragoza.
- Tríptico de Acogida al servicio de Ortogeriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 2019. Zaragoza.
- Acogida al paciente. [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Dirección de Atención Especializada; 2014. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/b30fb450-e60d-45e0-884b-63ab8297f5bd/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aueb78b0/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aueb78b0.pdf>
- Protocolo de Acogida. Hospital Ramón y Cajal. [Internet]. Madrid. [Acceso agosto 2016] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202784790355&ssbinary=true>
- Guión para Plan de acogida para usuarios. [Internet]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. [Acceso septiembre 2016] Disponible en: http://www.chospab.es/paciente/planacogidausuarios/definicion_desarrollo_contenido_s.htm

ANEXO 0004-I

TRÍPTICO DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA (1)

❖ Visitas

Comparte habitación con otro paciente. Respete su intimidad, sea amable y evite ruidos y molestias.

- ✓ Las visitas demasiado largas pueden cansarle. Es aconsejable que no permanezcan más de 2 visitas por paciente.
- ✓ Podrá estar acompañado por un familiar o cuidador en todo momento.
- ✓ Es beneficioso para el paciente realizar pequeños paseos (con andador, sillón, etc), así como ser estimulado (lectura, radio, conversación, etc.)
- ✓ No se recomiendan las visitas de niños menores de 12 años.
- ✓ Si algún familiar necesita un justificante de su ingreso, podrá solicitarlo en Secretaría, junto a los despachos médicos.



El Hospital permanece **cerrado** desde las 23h hasta las 6h, debiendo avisar a Seguridad para poder salir.

AL ALTA HOSPITALARIA

Finalizado el proceso que motivó su ingreso, el médico le hará entrega de la documentación, el **Informe de Alta**, con las indicaciones sobre tratamiento y cuidados domiciliarios.

Existe una normativa sobre el transporte sanitario, éste está sujeto a prescripción médica, y se tramita a las 16h.

Este servicio es ajeno al Hospital y los horarios de traslados serán orientativos.

QUIENES SOMOS

Somos un equipo multidisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, TCAES (auxiliares de enfermería), celadores, personal de limpieza y mantenimiento.

Nuestra misión es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad.

La profesionalidad y el trato humano son los pilares en los que nos sustentamos.

**Le deseamos una agradable
estancia y una pronta
recuperación**



**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

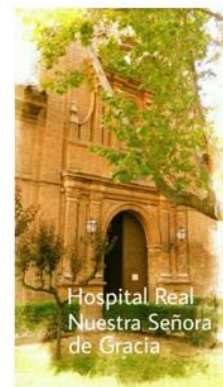
Ramón y Cajal, 60
50004, Zaragoza.
Tel.: 976440022, Ext.: 513441

**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA
DE GRACIA**

Servicio de Geriatría

A través de este tríptico queremos darle la Bienvenida y ofrecerle información importante para pacientes hospitalizados, familiares y acompañantes.

Conserve este tríptico para posteriores consultas. Ante cualquier duda consulte con el personal.



**"EN EL MUNDO
HAY GENTE QUE
AMA LO QUE
HACE"**



TRÍPTICO DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA (2)

Durante su estancia va a ser atendido por un equipo de profesionales cuyo objetivo es mejorar su estado de salud. **Colabore con nosotros siguiendo nuestras indicaciones.**

AL INGRESO

- ✓ Le colocaremos una **Pulsera Identificativa** que deberá llevar durante su estancia hospitalaria.
- ✓ Se aconseja **retirar los objetos de valor del paciente**. El Hospital no se hace responsable.
- ✓ **Debe traer:** bata, zapatillas cerradas, neceser, crema hidratante, toallitas, audífono y dentadura si usa.



DURANTE LA ESTANCIA

La **implicación de la familia** en los cuidados, durante la estancia en el Hospital, aporta múltiples beneficios al paciente. Mejora su estado emocional y su evolución es más favorable. Asimismo, la **familia** adquiere un conocimiento más real de la situación del paciente, perfecciona la destreza en la prestación de cuidados al alta, y aumenta la satisfacción personal.

❖ Habitación

Las habitaciones son compartidas y disponen de:

- ✓ Cama articulada con mando, luces en la cabecera y timbre (**Úselo cuando precise ser atendido**).
- ✓ En el armario identificado con el número de cama 1 ó 2 dispone de palangana, botella y torva para su uso durante la estancia hospitalaria.
- ✓ Televisión de pago (empresa ajena a la unidad).
- ✓ Mesilla con bandeja regulable para comer.
- ✓ Una silla y un sillón reclinable.

Mantenga la habitación y las mesillas, ordenadas y libres de objetos. Utilice los armarios. Recoja el sillón antes del turno de Mañana.

❖ Aseo

El baño es de uso exclusivo del paciente. Es de uso compartido, manténgalo ordenado. Las familias disponen de baños en los pasillos de la unidad.

La labor de la familia en el aseo es básica y necesaria. Colabore en la higiene de cara (ojos, boca), manos, uñas, peinado y afeitado.

Para fomentar la **autonomía** de los pacientes válidos, se les proporcionará el material necesario para su aseo diario. La higiene de los pacientes **asistidos** se realizará por el personal de la unidad, no pudiendo ser siempre a la misma hora.

❖ Comidas

Informe al personal si sufre algún tipo de **alergia o intolerancia alimentaria**.

Preste especial atención a la **DIETA DISFAGIA**, verá las indicaciones de la misma situadas en el cabecero de la cama.

Si su dieta es Normal, cada **día** con el desayuno se le entregará la Elección de Menú para escoger la comida y cena del día siguiente, que deberá entregar en Control de Enfermería.

El horario aproximado de comidas será:



- ✓ Desayuno: 9:00h
- ✓ Comida: 13:00h
- ✓ Merienda: 17:00h
- ✓ Cena: 20:00h
- ✓ Suplemento nocturno: 23:00h



La ayuda de la familia durante las comidas es fundamental para la correcta alimentación del paciente.

- ✓ Prepare la mesa de comer 5 minutos antes del reparto de bandejas.
- ✓ Siempre que pueda ayude a su familiar a comer, sin prisas y bien incorporado.
- ✓ En el caso de sacar la bandeja de la habitación se dejará **únicamente** en el carro de las bandejas.
- ✓ Guarde la cucharilla del desayuno para su uso durante el resto del día.
- ✓ No es aconsejable traer alimentos y/o bebidas ajenas al Hospital.
- ✓ No acumule comida, vasos, gelatinas ni compotas. Pídanoslo.
- ✓ Dispone de baberos, espesantes y agua junto al control **para uso exclusivo del paciente**.

❖ Tratamiento

Tendrá un médico asignado al que deberá comunicar su **tratamiento habitual y alergias**.

- ✓ Su médico le informará de la evolución clínica, pruebas diagnósticas y tratamientos tras el pase de visita o en su despacho. De lunes a viernes y en turno de mañanas. Consúltelo sus dudas.
- ✓ Debe tomar únicamente la medicación que le pautó su médico, que le será administrada por los profesionales de la planta.
- ✓ Estar **levantado** forma parte del tratamiento. Es beneficioso para su recuperación y evita la aparición de úlceras por presión y otros problemas de salud. Procure permanecer levantado el tiempo que se le indique.



ANEXO 0004-II

TRÍPTICO INFORMACIÓN SERVICIO UCI (1)

INFORMACION A FAMILIARES Y ALLEGADOS.

Cada día al final de la visita de la mañana, su médico responsable les dará información sobre la situación clínica y evolución del paciente. Los días festivos la información la dará el médico de guardia del SMI.

Para garantizar la atención continuada, es preciso que durante la estancia del paciente intervengan varios profesionales y estos hagan cambios de turno. Se trabaja en equipo por lo que la información es posible que se la den distintos médicos pero siempre tendrá usted un médico responsable, y no debe usted dudar en preguntar por él o ella.

En caso de que surja cualquier imprevisto o requiramos hacerles alguna consulta, les avisaremos. Por ello necesitamos que nos deje un teléfono de contacto.

En caso de que sea necesario realizar algún procedimiento especial, la administración de derivados de la sangre o alguna intervención quirúrgica, se solicitará el consentimiento informado oral y/o escrito al paciente o, en caso de que se encuentre incapacitado, a su representante legal. Este procedimiento se realiza en defensa de los derechos del paciente, y garantiza su conformidad después de haber recibido y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión. Por tanto, no dude en preguntar todas sus dudas antes de otorgarlos.

La información es siempre confidencial por lo que sólo se dará al paciente, representante legal y a sus familiares o allegados más próximos que así hayan sido autorizados.

Si el paciente dispone de un documento de Instrucciones Previas (o Voluntades anticipadas) o desea dejar constancia de sus preferencias en relación a algún aspecto específico de la asistencia, comuníquelo a su médico o enfermera responsable del SMI.

En caso que desee llevar a cabo alguna sugerencia que nos ayude a mejorar la atención ofrecida durante la estancia de su familiar en el SMI, ruego nos la haga llegar a través de nuestra dirección de correo electrónico.

Para reclamaciones o agradecimientos, puede dirigirse al SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE del hospital.

Le recomendamos, a no ser que se le indique lo contrario, que vaya a su domicilio a descansar. En caso de que se quede en el Hospital, permanezca en la sala de espera del SMI.

En la UCI trabajan un grupo de más de 30 profesionales, distribuidos de la siguiente forma:

- Médicos especialistas en Medicina Intensiva:
 - Dr. Corchero.
 - Dr. Ruiz.
 - Dra. Jorge.
 - Dra. Ridruejo.
 - Dra. Sáez.
 - Dra. Lafuente.

- Personal de enfermería:

1 Supervisora de enfermería, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores con formación adecuada a la especialidad y un adiestramiento específico que les capacita para la asistencia a los pacientes ingresados.



Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Real Nuestra Señora de Gracia
C/ Ramón y Cajal, 60.
50004 ZARAGOZA.



**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA DE
GRACIA**

**SERVICIO DE MEDICINA
INTENSIVA**

INFORMACION
*para pacientes, familiares y
acompañantes*



TRÍPTICO INFORMACIÓN SERVICIO UCI (2)

El personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia, pensando en los familiares de los pacientes ingresados en esta Unidad, hemos elaborado este tríptico informativo que esperamos les sea de ayuda.

Comprendemos que el ingreso de un familiar en la UCI es una experiencia difícil, por ello queremos ofrecerles nuestro apoyo durante su estancia en la Unidad. Si usted desea ampliar u obtener más información, por favor, pregunte a los médicos, enfermeras y resto de miembros del equipo, quienes con mucho gusto tratarán de satisfacer sus necesidades.

QUE ES UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

El Servicio de Medicina Intensiva también denominado Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) es un área del Hospital donde atendemos a aquellos pacientes cuyo estado de salud es grave, o pueden presentar problemas que requieren actuación inmediata y que, a su vez, pueden recuperarse dado que la enfermedad que los ha generado es potencialmente reversible.

Estos pacientes necesitan una vigilancia continuada para la rápida detección de los posibles eventos graves, y en ocasiones el soporte tecnológico para mantener el correcto funcionamiento de los llamados órganos vitales (corazón, pulmones...). Para todo ello, puede ser necesario utilizar aparatos de alta tecnología como los respiradores artificiales, y es preciso disponer de sistemas que permitan la determinación de las constantes vitales (frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, temperatura) de manera continuada.

QUIEN ATIENDE A LOS PACIENTES EN LOS SMI

La asistencia al paciente la realiza un equipo altamente cualificado, formado por personal médico especialista en medicina intensiva y personal de enfermería experto a disposición 24 horas al día. Simultáneamente, se cuenta con el soporte del resto de especialidades médicas y quirúrgicas del centro.

EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Observará que hay alrededor del paciente varios aparatos utilizados para su vigilancia y/o tratamiento.

Los monitores permiten la determinación de las constantes vitales. Se logra conectando al paciente a través de unos cables o electrodos y de una especie de dedal al monitor.

El personal del SMI puede detectar de inmediato, a través de la visualización directa o a distancia o de un sonido, cualquier alteración. Las alarmas sonoras reflejan cambios relacionados con incidencias relevantes así como movimientos del paciente que no tienen importancia y desconexiones accidentales del sistema.

A menudo los pacientes requieren la sustitución de la función respiratoria a través de un respirador artificial. El paciente está conectado al respirador a través de un tubo introducido por la boca hasta la tráquea o, en ocasiones, a través de una mascarilla. Estos aparatos permiten tanto la sustitución total de la función respiratoria como, en ocasiones, sólo son una ayuda según las necesidades del paciente. En general, cuando el soporte es máximo verá que el paciente está dormido.

Se trata de una sedación farmacológica reversible, es decir, una situación de inconsciencia provocada por medicamentos que permite una mejor adaptación del paciente a esta circunstancia.

A medida que el paciente puede empezar a respirar, el grado de sedación se disminuye hasta su retirada, para que pueda respirar por sí solo. La forma de despertar de esta sedación depende de distintos factores, entre los que se encuentra la afectación neurológica del momento previo a la sedación.

Observarán además que se administra medicación por vía intravenosa mediante un aparato de infusión continua, con sus respectivas alarmas.

Todos estos sistemas permiten una vigilancia y control estricto del paciente.

Es importante que apague los teléfonos móviles ya que pueden crear interferencias en el funcionamiento de todos estos aparatos.

Determinadas pruebas deben realizarse fuera del SMI, lo que requiere un traslado con los instrumentos técnicos y el personal necesarios para mantener los sistemas de vigilancia y tratamiento con las máximas garantías de seguridad. En caso de que sea necesario trasladar al paciente, el médico le informará del motivo de dicho traslado y de los detalles del mismo.

LOS FAMILIARES DURANTE LAS VISITAS

La colaboración de los familiares y allegados es muy importante en el proceso de recuperación. Puede usted ayudar al paciente a través de mensajes positivos y transmitiéndole esperanza y tranquilidad.

Consulte con el personal del SMI si tiene dudas acerca de la manera en que puede contribuir, cómo comunicarse con el paciente en caso de que esté dificultada el habla o su capacidad de comprensión, o cualquier otro aspecto. Somos un equipo de personas a su disposición, no dude en comunicarse con nosotros.

La visita de los familiares y allegados tendrá una duración de 90-120 minutos dos veces al día y se permite la entrada de dos personas simultáneamente.

Los horarios de visita son:

HORARIO DE VISITAS

De Lunes a Domingo

MAÑANA de 12 a 14 horas.

TARDE de 19 a 21 horas

Les pedimos que respeten los horarios de visita, y que faciliten la tranquilidad y el descanso a los demás pacientes.

Cuando el estado del paciente lo permita, será trasladado a una unidad de hospitalización convencional para continuar con el tratamiento. El médico y el personal de enfermería les avisará del momento previsto para el alta, así como de la habitación que ocupará.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	Z1-NSG-PO-0004 Revisión: A Página 45 de 1152
--	---	---

ANEXO 0004-III

TRÍPTICO INFORMACIÓN SERVICIO CIRUGÍA (1)

✦ Visitas

Comparte habitación con otro paciente. Respete su intimidad, sea amable y evite ruidos y molestias.

- ✓ Las visitas demasiado largas pueden cansarle. Es aconsejable que no permanezcan más de 2 acompañantes por paciente.
- ✓ Podrá estar acompañado por un familiar o cuidador en todo momento.
- ✓ No se recomiendan las visitas de niños menores de 12 años.
- ✓ Si algún familiar necesita un justificante de su ingreso, podrá solicitarlo en Secretaría, junto a los despachos médicos o bien en el Servicio de Admisión (planta calle).
- ✓ Los partes de baja del paciente deberá solicitarlos en Secretaría en horario de 8 a 14.30, de lunes a viernes.

El Hospital permanece cerrado desde las 23h hasta las 6h, debiendo avisar a Seguridad para poder salir.

AL ALTA HOSPITALARIA

Finalizado el proceso que motivó su ingreso, el médico le hará entrega de la documentación, el informe de Alta, con las indicaciones sobre tratamiento y cuidados domiciliarios.

Existe una normativa sobre el transporte sanitario, éste está sujeto a prescripción médica.

Si por decisión propia, en contra de las decisiones de su médico, desea abandonar el hospital, deberá rellenar un documento de alta voluntaria, mediante el cual usted asume la responsabilidad de su decisión.

QUIENES SOMOS

Somos un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, TCAES (auxiliares de enfermería), trabajadores social, celadores, personal de limpieza y mantenimiento.

Nuestra misión es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad.

La profesionalidad y el trato humano son los pilares en los que nos sustentamos.

Le deseamos una agradable estancia y una pronta recuperación

**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA
DE GRACIA**

Servicio de Cirugía

A través de este tríptico queremos darle la Bienvenida y ofrecerle información importante para pacientes hospitalizados, familiares y acompañantes.

Conserve este tríptico para posteriores consultas. Ante cualquier duda consulte con el personal.

 **GOBIERNO
DE ARAGON**
Departamento de Sanidad


HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Ramón y Cajal 60,
50006 Zaragoza.
TEL.: 976420022, EXT.: 524480



"EN EL MUNDO
HAY GENTE QUE
AMA LO QUE
HACE"



TRÍPTICO INFORMACIÓN SERVICIO CIRUGÍA (2)

Durante su estancia va a ser atendido por un equipo de profesionales cuyo objetivo es mejorar su estado de salud. Colabore con nosotros siguiendo nuestras indicaciones.

AL INGRESO

- ✓ Le colocaremos una **Pulsar** **Identificativa** que deberá llevar durante su estancia hospitalaria.
- ✓ Se aconseja retirar los objetos de valor del paciente. El Hospital no se hace responsable.
- ✓ Se aconseja traer: bata, zapatillas y bota de suco.
- ✓ Se le facilitarán toallas, pijama o camión.
- ✓ Es recomendable que traiga su medicación habitual.
- ✓ Al ingreso, la enfermera realizará una entrevista donde deberá comunicar **ALERGIAS**.
- ✓ Los acompañantes deben esperar en las puertas de quirófano para recibir la **INFORMACIÓN MÉDICA**.



DURANTE LA ESTANCIA

❖ Habitación

Las habitaciones son compartidas y disponen de:

- ✓ Cama articulada con mando, luce en la cabecera y timbre (Úselo cuando pida, será atendido).
- ✓ En el armario identificado con el número de cama 1 ó 2 dispone de palanganas, botella y cufa para su uso durante la estancia hospitalaria.
- ✓ Televisión de pago (empresa ajena a la Unidad).
- ✓ Muebla con bandeja regulable para comer.
- ✓ Una silla y un sillón reclinable.
- ✓ No debe depositar sus objetos ni pertenencias en la cama del al lado.

Mantenga la habitación y las mesillas, ordenadas y libres de objetos. Utilice los armarios. Recoja el sillón antes del turno de Mañana.

❖ Aseo

El baño es de uso exclusivo del paciente. Es de uso compartido, manténgalo ordenado. Las familias disponen de baños en los pasillos de la unidad.

El equipo auxiliar le ayudará en las necesidades que usted no pueda realizar.

Si va a ser sometido a una intervención quirúrgica deberá ir a quirófano recién aseoado, sin objetos metálicos, joyas, dentadura postiza, maquillaje ni maquillaje de uñas.

❖ Comidas

Informe al personal si sufre algún tipo de **alergia** o **intolerancia alimentaria**.

El horario aproximado de comidas será:



Desayuno: 9:00h
Comida: 13:00h
Merienda: 17:00h
Cena: 20:00h

Entre las 22:30 y 23 horas se le ofrecerá un zumo o leche, según dieta.
La dieta forma parte del tratamiento y está adaptada a su proceso.

- ✓ Rogamos prepare la mesa de comer 5 minutos antes del reparto de bandejas.
- ✓ En el caso de sacar la bandeja de la habitación se dejará únicamente en el carro de las bandejas.
- ✓ Guarde la cucharilla del desayuno para su uso durante el resto de día.
- ✓ No es aconsejable traer alimentos y/o bebidas ajenas al Hospital.

- ✓ No acumule comida o vasos, pídanoslo.

❖ Tratamiento

Tendrá un facultativo asignado al que deberá comunicar su tratamiento habitual y alergias.

- ✓ El pase de visita médica se realizará de lunes a viernes durante la mañana.
- ✓ Su facultativo informará de la evolución clínica, pruebas y tratamientos tras el pase de visita. Consúltale sus dudas.
- ✓ Debe tomar únicamente la medicación que le pida su facultativo, y que le será administrada por los profesionales de la Unidad.



❖ Servicio Religioso

El Hospital dispone de un servicio religioso católico.

Si usted lo desea, puede solicitar su servicio durante su estancia.

❖ Servicio Interpretes

El Gobierno de Aragón dispone de acceso al sistema de traducción simultánea, teléfono: 900 555 521.

❖ Servicio Privado de televisión

En la 1ª y 2ª planta junto a los ascensores se encuentran las máquinas expendedoras de tarjetas para el uso de las televisiones. Disponen de un teléfono de incidencias 676 661 523 de 9:00 a 19:00 Horas.

ANEXO 0004-IV

TRÍPTICO DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRÍA (1)

El delirium o síndrome confusional

Es un estado de confusión importante que puede aparecer de forma brusca durante el ingreso.
Es un proceso reversible que suele desaparecer en unos días o cuando el paciente vuelve a su domicilio habitual.

Los síntomas que pueden aparecer son:

- Desorientación: no saben dónde está o que ha pasado.
- Inatención: están como ausente.
- Pérdida de memoria, no reconocen a familiares.
- Somnolencia o por el contrario inquietud y nerviosismo.
- Alucinaciones ven u oyen cosas que no existen.
- Cambio de hábitos de sueño.
- Cambios bruscos de humor.
- Agresividad.

Estos síntomas varían a lo largo del día.

❖ Podemos prevenir y ayudar a través de estas sencillas indicaciones

- Hablarle en voz baja y tranquila utilizando palabras y frases cortas.
- Recordarle la fecha y hora con frecuencia.
- Si utiliza gafas o audífonos ponérselos.
- Mantener regularidad de cuidadores.
- Proporcionarle elementos conocidos del hogar.
- Periódicos, radio y televisión en horario diurno pueden ser de utilidad.
- Tener luz natural durante el día y suave e indirecta por la noche.



QUIENES SOMOS

Somos un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, TCAES (auxiliares de enfermería), trabajadora social, celadores, personal de limpieza y mantenimiento.

Nuestra misión es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad.

La profesionalidad y el trato humano son los pilares en los que nos sustentamos.

❖ Horario del Hospital

El hospital permanece cerrado desde las 23h hasta las 6h. Durante este tiempo se puede entrar o salir del hospital, previo aviso a seguridad por parte del personal de enfermería.

Teléfono H. Ntra. Sra. De Gracia: 976 440 022

Extensión: 513474

Le deseamos una agradable estancia y una pronta recuperación

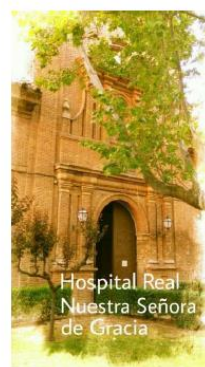


**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA
DE GRACIA**

Servicio de Ortogeriatría

A través de este tríptico queremos darle la Bienvenida y ofrecerle información importante para pacientes hospitalizados, familiares y acompañantes.

Conserve este tríptico para posteriores consultas. Ante cualquier duda consulte con el personal.



**"EN EL MUNDO
HAY GENTE QUE
AMA LO QUE
HACE"**



TRÍPTICO DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATÍA (2)

NORMAS GENERALES DEL HOSPITAL

Al ingreso, el paciente es identificado con una pulsera.

Es aconsejable retirar al paciente todos los objetos de valor, el hospital no se hace responsable en caso de extravío.

Se ruega traerles:

Sus enseres de aseo incluida una crema hidratante, **zapatillas cerradas con velcro y holgadas con suela antideslizante**, calcetines de algodón y una bata o batín.



❖ Habitaciones

Las habitaciones son compartidas y los armarios están identificados con los números de cama 1 y 2, contienen una bolsa con palangana, torva y botella. El cuarto de baño es de uso exclusivo para los pacientes.

Es importante que mantengan sus pertenencias ordenadas y tengan despejadas, las superficies de las mesillas y mesitas.

Recoja el sillón antes del turno de mañana.



❖ Comidas:

Si el paciente tiene alergia o intolerancia a algún alimento o fármaco, ha de comunicarlo al personal.

En el control hay a disposición de los pacientes: botellas de agua, vasos, baberos, cucharillas y espesantes.

Horario de comidas aproximado:

Desayuno: 9h.

Comida: 13h.

Merienda: 17h.

Cena: 20h.

Suplemento nocturno: 23h.



En pacientes con dieta de disfagia se informará a los acompañantes en que consiste y se dejará un cartel informativo en la cabecera de la cama.

Si el paciente utiliza dentadura han de traérsela.

Así como cualquier otro dispositivo auditivo (audífono) y/o visual (gafas).

ASEO: La colaboración de la familia es importante.

❖ Visitas.

Les rogamos amabilidad y respeto para con los pacientes ingresados. Se recomienda no más de dos personas por paciente en las habitaciones. Evitar la entrada de menores de 12 años a las habitaciones.

PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA

La fractura de cadera es una fractura habitual en personas de edad avanzada.

Hasta la intervención, el paciente ha de permanecer en cama y no podrá levantarse, se le administrará la medicación pautada vía oral e intravenosa.

La familia no ha de dar ningún tipo de medicación al paciente, excepto colirios en cuyo caso tendrán que traerlos.

Una vez intervenido, el personal iniciará la movilización según ordenes médicas. Es necesario que tengan las zapatillas a la vista.

Lo habitual es comenzar a levantar al paciente a partir de las 24h de la intervención, a silla, nunca a sillón.

La rehabilitación en el gimnasio la iniciará lo antes posible, de forma diaria, con una duración aproximada de media hora.

El resto del día el paciente ha de seguir dando pasos por la habitación, con el andador y poco a poco por el pasillo.

La recuperación es un proceso lento que iniciamos en el hospital, pero es necesaria la presencia de familiar/acompañante para que el paciente pueda realizarla de forma completa.



Cuanto más camine antes se recuperará. Es importante tener en cuenta que, cuando el paciente se vaya de alta deberá estar acompañado hasta su total recuperación.

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0005 Revisión: A Página 50 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Ubicar al paciente en otra Unidad del hospital diferente a la actual, manteniendo cuidados y tratamiento.

OBJETIVOS

- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería al paciente durante el traslado a su nueva ubicación, en condiciones de seguridad y comodidad, adaptándolo a sus necesidades.

ALCANCE

A toda población ingresada en el hospital que requiere ser trasladada a otro servicio dentro del hospital.

PERSONAL

- Facultativo, dependiendo del estado del paciente
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Documentación de Traslado
- Historia Clínica
- Soportes adecuados para los dispositivos del paciente
- Material de seguridad (barandillas, cinturones, etc.)
- Cama, silla de ruedas, camilla
- Registros específicos de la unidad
- Ropa adecuada para el paciente durante el traslado
- Bolsa con enseres personales
- Medicación si precisa, oxígeno, fluidoterapia, etc.

EJECUCIÓN

- Coordinar con el servicio de destino la recepción del paciente, facilitando la información necesaria para la continuidad de cuidados.
- Comprobar la identidad del paciente (pulsera identificativa).
- Informar al paciente y acompañante la razón y las condiciones del traslado (lugar, hora, cómo se va a realizar, etc.).
- Coordinar con otros profesionales si fuese necesario.
- Valorar el estado del paciente para escoger el medio de transporte y personal adecuados.
- Comprobar y adjuntar toda la documentación clínica, medicación prescrita y pertenencias del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0005 Revisión: A Página 52 de 1152
---	---	---

- Revisar el correcto estado de higiene, drenajes, sueroterapia, catéteres y otros dispositivos.
- Asegurar una posición cómoda y segura del paciente durante el traslado.
- Proceder al traslado, cuando las condiciones del paciente lo permitan.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- No dejar al paciente solo hasta que alguien del equipo receptor se haga cargo de él y de su documentación.
- Recuperar los medios utilizados para el traslado propiedad de la unidad de origen.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente, limpieza de enseres, botella, cuña, etc.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Avisar al servicio de limpieza.
- Comunicar el traslado al servicio de Admisión.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

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

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los dispositivos de la habitación.
- Limpieza de todos los enseres y utensilios.

REGISTRO

- Anotar y registrar todo el proceso de traslado en las hojas correspondientes a cada unidad.
- Anotar el Traslado en el libro de registro o soporte informático que proceda.
- Cumplimentar las hojas de la historia clínica según servicio, tratamiento, solicitudes de colaboración, analíticas, pruebas, etc.

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0005 Revisión: A Página 53 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería Práctica. Cuidado de las personas. [Internet].2014 [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/recepcion-del-paciente>
- Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado MC, García Penche-Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006.
- Álvarez-Redondo E, Argudo-Argudo MP, Arquellada-Ruiz T, Beltrán-Carretero T, Bueno-Fajardo C, Bueno-Rodríguez MT, et al. Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias. [Internet]. Granada: Hospital Virgen de las Nieves; 2014 [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.joomag.com/magazine/manual-de-protocolos-y-procedimientos-de-actuaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-en-urgencias/0670902001398183301?page=335>
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (15-11-2002). [Internet] [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
- Documentación de enfermería. Traslado intrahospitalario del paciente. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso enero 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Traslado+intrahospitalario+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143896&ssbinary=true>

TRASLADO PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O EXPLORACIONES DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O EXPLORACIONES DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0006 Revisión: A Página 55 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O EXPLORACIONES DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0006 Revisión: A Página 56 de 1152
--	--	---

DEFINICIÓN

Traslado del paciente a otra Unidad del hospital diferente a la actual, para la realización de pruebas complementarias o exploraciones que ayuden al diagnóstico y recuperación del paciente.

OBJETIVOS

- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería al paciente durante el traslado a su nueva ubicación, en condiciones de seguridad y comodidad, de acuerdo a sus necesidades.

ALCANCE

A toda población ingresada en el hospital que requiere ser trasladada para la realización de pruebas complementarias dentro del hospital.

PERSONAL

- Facultativo dependiendo del estado del paciente
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Documentación de las pruebas complementarias que se van a realizar
- Historia Clínica
- Soportes adecuados para los dispositivos del paciente
- Material de seguridad (barandillas, cinturones, etc.)
- Cama, silla de ruedas, camilla
- Registros específicos de la unidad
- Ropa adecuada para el paciente durante el traslado
- Medicación si precisa, oxígeno, fluidoterapia, etc.

EJECUCIÓN

- Coordinar con el servicio de destino la recepción del paciente, facilitando la información necesaria para la continuidad de cuidados.
- Comprobar la identidad del paciente (pulsera identificativa).
- Verificar los datos de la prueba solicitada.
- Informar al paciente y acompañante la razón y las condiciones del traslado (lugar, hora, cómo se va a realizar, etc.).
- Coordinar con otros profesionales si fuese necesario.
- Valorar el estado del paciente para escoger el medio de transporte y personal adecuados.
- Comprobar y adjuntar toda la documentación clínica, medicación prescrita.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O EXPLORACIONES DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0006 Revisión: A Página 57 de 1152
---	--	---

- Revisar el correcto estado de higiene, drenajes, sueroterapia, catéteres y otros dispositivos.
- Asegurar una posición cómoda y segura del paciente durante el traslado.
- Proceder al traslado, cuando las condiciones del paciente lo permitan.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- No dejar al paciente solo hasta que alguien del equipo receptor se haga cargo de él y de su documentación.
- El personal del servicio o unidad receptora asume los cuidados del paciente durante la realización de la prueba.
- Comprobar la situación clínica del paciente a su regreso a la Unidad.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

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

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los dispositivos de la habitación.
- Limpieza de todos los enseres y utensilios.

REGISTRO

- Complimentar las hojas de la historia clínica según servicio, tratamiento, solicitudes de colaboración, analíticas, pruebas, etc.
- Registrar las incidencias y cuidados realizados durante la misma, comunicando a la unidad de origen lo que considere oportuno.

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O EXPLORACIONES DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0006 Revisión: A Página 58 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería Práctica. Cuidado de las personas. [Internet]. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/recepcion-del-paciente>
- Ruiz-Moreno J, Martín-Delgado, MC, García Penche-Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006.
- Álvarez-Redondo E, Argudo-Argudo MP, Arquellada-Ruiz T, Beltrán-Carretero T, Bueno-Fajardo C, Bueno-Rodríguez MT et al. Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias. [Internet]. Granada: Hospital Virgen de las Nieves; 2014 [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.joomag.com/magazine/manual-de-protocolos-y-procedimientos-de-actuaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-en-urgencias/0670902001398183301?page=335>
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (15-11-2002). [Internet]. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO	Z1-NSG-PO-0007 Revisión: A Página 60 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ICC	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
-----	--

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO	Z1-NSG-PO-0007 Revisión: A Página 61 de 1152
--	---	---

DEFINICIÓN

Transferir al paciente desde el hospital a otro centro por prescripción facultativa.

OBJETIVOS

- Realizar el traslado del paciente a otro centro en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.
- Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

ALCANCE

A toda población ingresada en el hospital que requiere ser trasladada a otro centro hospitalario.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Medio de transporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.), hasta el vehículo de traslado
- Equipo necesario para oxigenoterapia, fluidoterapia y otros dispositivos terapéuticos que precise
- Impreso autorizado de ambulancia
- Bolsa con enseres personales del paciente
- Informe médico e Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICC)
- Ropa para cubrir y abrigar al paciente
- Ropa de cama
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, farmacia, cocina.
- Informar con antelación al paciente y acompañante sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista, garantizándole la continuidad de los cuidados.
- Cursar ambulancia, si precisa.
- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar al paciente para su traslado.
- Vestir al enfermo según las necesidades (pijama, bata, etc). Cubrir al paciente correctamente.

	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO	Z1-NSG-PO-0007 Revisión: A Página 62 de 1152
---	---	--

- Acomodar al paciente en la silla de ruedas, camilla, cama, para su traslado.
- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar la medicación necesaria para el traslado.
- Etiquetar las pertenencias del paciente y asegurarse de que lo acompañan en el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería.
- Entregar ICC y demás documentos que sean necesarios para la continuidad asistencial.
- Despedir al paciente y su acompañante.
- El celador trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería, si procede.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Recoger la historia clínica para que sea enviada al Archivo.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

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

CUIDADO DEL MATERIAL

- Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar el alta del paciente en el libro de registro o soporte informático que proceda.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO	Z1-NSG-PO-0007 Revisión: A Página 63 de 1152
--	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. [Internet] Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.hrs2.sas.juntaandalucia.es/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Citado marzo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_comp/artidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortes-Martínez C, Fernández-de la Mota E, Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Consejería de Salud ed: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2010. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Manual de Protocolos y Procedimientos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Unidad de Proceso Enfermero. [Internet] Málaga, 2004 (8ª edición). [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranetservicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/cmshuvr2/galerias/documentos/hospital/guias/manualprocedenf.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. [Internet] Ginebra 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ccforpatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpansh.pdf>

- Cuevas JJ, Torralba ML. La enfermera en el traslado de pacientes interhospitalarios. Desarrollo Cientif Enferm 2003; 11 (5):148-154. [Internet] [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/01+-+Procedimientos+Generales+espec%C3%ADficos+de+atenci%C3%B3n+especializada.pdf>
- Documentación de enfermería. Traslado extrahospitalario del paciente. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso marzo 2016] Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Traslado+extrahospitalario+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143916&ssbinary=true>

ALTA DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ALTA DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0008 Revisión: A Página 66 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ICC	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
-----	--

DEFINICIÓN

Finalización de la estancia del paciente en el centro hospitalario facilitando la información necesaria para la reincorporación a su entorno.

OBJETIVOS

- Reincorporar al paciente a su medio habitual, aportándole las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación clínica que sea necesaria para su salida del centro hospitalario.
- Comprobar que el paciente y familia poseen los conocimientos y habilidades para el autocuidado y que puedan continuar los cuidados en el domicilio (tratamiento farmacológico, dieta, controles, cuidados especiales, etc).

ALCANCE

Dirigida a toda la población ingresada susceptible de ser dada de alta hospitalaria.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Informe médico
- Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICC) y/o recomendaciones al alta, si procede
- Silla de ruedas, camilla o cama, según precise el paciente
- Medicación y material de cura, si precisa
- Impreso de ambulancia autorizado, si procede
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

Preparación del alta del paciente

- Informar al paciente y acompañante con suficiente antelación del alta, el día previsto y la hora.
- Comunicar al servicio de admisión, farmacia y cocina el alta del paciente.
- Tramitar la ambulancia si el estado del paciente lo precisa.
- Registro y documentación del alta. Informe de enfermería al alta o ICC (valoración del paciente al alta, planificación de los cuidados y recomendaciones al alta).

Ejecución del alta

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Ayudar al paciente a recoger sus pertenencias.
- Desechar los residuos.
- http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Entregar el ICC, y verificar que el paciente tiene toda la documentación que necesita: informe médico de alta, citaciones de consultas externas, impreso de oxígeno domiciliario, impreso de ambulancia, etc.
- Comprobar que el paciente y el acompañante han comprendido todas las recomendaciones e instrucciones.
- Traslado del paciente según el medio de transporte que necesite (avisar al celador y ambulancia).
- Comprobar que se proporciona la máxima seguridad y confort en el traslado del paciente a su domicilio (en ambulancia o por sus propios medios).
- Enviar la historia clínica al personal administrativo para su archivo.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Identificación de la persona que, en el momento del alta hospitalaria, se hace cargo del paciente menor de edad, disminuidos físicos o psíquicos, o paciente ingresado en la Unidad de Salud Mental.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar el Ingreso en el libro de registro o soporte informático que proceda.

	SECTOR ZARAGOZA I ALTA DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0008 Revisión: A Página 69 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007 [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia%20na.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

ALTA VOLUNTARIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ALTA VOLUNTARIA	Z1-NSG-PO-0009 Revisión: A Página 71 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ALTA VOLUNTARIA	Z1-NSG-PO-0009 Revisión: A Página 72 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Solicitud expresa que realiza un paciente o persona responsable del paciente para abandonar el centro hospitalario.

OBJETIVOS

- Informar al paciente y familia de la responsabilidad legal resultante de cualquier problema que pueda surgir por su salida del hospital.

ALCANCE

- Dirigida a toda la población ingresada susceptible de querer solicitar el alta hospitalaria de forma voluntaria.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador, si procede

MATERIAL

- Silla de ruedas, camilla o cama, según precise el paciente
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Complimentar el impreso de Alta Voluntaria para que el paciente o persona responsable del paciente lo firme. Se emitirá por duplicado, se quedará un ejemplar archivado en la historia clínica y otro se proporcionará al paciente o persona responsable.
- Comunicar al servicio de admisión, farmacia y cocina el alta del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Ayudar al paciente a recoger sus pertenencias.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Enviar la historia clínica al personal administrativo para su archivo.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ALTA VOLUNTARIA	Z1-NSG-PO-0009 Revisión: A Página 73 de 1152
--	---	---

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

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

CUIDADO DEL MATERIAL

- Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso.
- Anotar el alta en el libro de registro o soporte informático que proceda.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

ALTA POR DEFUNCIÓN CUIDADOS POST MORTEM

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 11/2016	Fecha: 11/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Preparar el cuerpo del paciente para su traslado al mortuario, prestar apoyo emocional a la familia y facilitar la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.

OBJETIVOS

- Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia, preservando su intimidad.
- Ayudar a los familiares en los primeros momentos para afrontar el proceso de duelo.
- Facilitar a la familia o acompañante, la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.
- Preparar el cadáver para su traslado al mortuario.

ALCANCE

Dirigida a todo paciente que ha fallecido en el hospital.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Equipo de lencería: batas, sábanas, toallas
- Sudario
- Carro de curas
- Material higiene
- Guantes
- Mascarilla
- 3 Tarjetas identificativas (para el Servicio de Admisión, celador y personal de seguridad)
- Certificado de defunción

EJECUCIÓN

- La persona responsable de todas las intervenciones será la enfermera a cargo del paciente en el momento de la defunción.
- Avisar al facultativo para que certifique el fallecimiento.
- Verificar su identificación.
- Informar cuanto antes a la familia.
- Preservar la intimidad de la familia.
- Separar del compañero de habitación con cortina o biombo.
- Permitir a la familia permanecer con el fallecido el tiempo necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

- Comenzar los cuidados post-mortem después de la confirmación por parte del médico.
- Si el fallecido está solo, recoger las pertenencias en una bolsa.
- Desconectar y retirar todos los equipos. (sondas, vías, etc).
- Retirar la ropa.
- Taponar los orificios naturales en caso necesario.
- Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.
- Cerrar los ojos y sujetar la mandíbula inferior con una venda elástica si procede.
- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta si procede.
- Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.
- Mantener una alineación corporal correcta.
- Colocar en decúbito supino sobre el sudario, con los brazos cruzados y pies juntos (en caso de necropsia, los brazos se mantendrán a lo largo del cuerpo).
- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido.
- Colocar las tres etiquetas identificativas, en brazo, pierna y parte superior y externa del sudario.
- Cerrar el sudario y cubrir con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Permitir a los familiares si lo desean, permanecer junto al difunto durante unos minutos, para despedirse.
- Avisar al servicio religioso si la familia lo requiere.
- Avisar al servicio de limpieza.
- El certificado de defunción será cumplimentado por el médico.
- Rellenar las tarjetas para
 - Cámara mortuoria: tarjeta blanca
 - Servicio de Admisión: tarjeta amarilla
 - Personal de seguridad: tarjeta azul
- Notificar la baja a los servicios de admisión, cocina y farmacia.
- Recopilar la historia clínica para su envío a archivos.
- Avisar al servicio de admisión la disponibilidad de la cama.

Pacientes Judiciales

Actuar igual que en los cuidados generales excepto:

- No lavar ni retirar pertenencias si existe indicación policial.
- Adjuntar tarjeta y certificado de defunción judicial.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Procurar siempre que sea posible que la familia vea al paciente fallecido antes de su traslado, si es su deseo.
- En todo el proceso se mantendrá la mayor discreción posible con todos los pacientes y en el momento del traslado se cerrarán las puertas del resto de las habitaciones y se evitará el tránsito por los pasillos.
- Guiar a la familia en los trámites legales que deberá realizar cuando ocurra el deceso.

	SECTOR ZARAGOZA I ALTA POR DEFUNCIÓN CUIDADOS POST MORTEN	Z1-NSG-PO-0010 Revisión: A Página 78 de 1152
---	---	--

- Es obligación del médico otorgar el certificado de defunción.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar el Alta por exitus, en el libro de registro o soporte informático que proceda.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2016] Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCAM. 07/02/2011. [Internet] [Acceso marzo 2016] Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c81f9a717166cab338bab3474e685c9e.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso enero 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla. 2006. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Edición electrónica. [Acceso enero 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Documentación de enfermería Cuidados postmorten [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011. [Acceso marzo 2016] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados+post+morten.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881132&ssbinary=true>



TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	Z1-NSG-PO-0101 Revisión: A Página 82 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)
Grupo 3			

	SECTOR ZARAGOZA I TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	Z1-NSG-PO-0101 Revisión: A Página 83 de 1152
---	---	--

DEFINICIÓN

Número de ciclos de respiración completos que realiza una persona en un minuto, inspiración seguida de espiración, observando y contabilizando los movimientos toracoabdominales que acompañan a cada respiración.

OBJETIVOS

- Conocer el número de respiraciones por minuto y valorar las características de los ciclos respiratorios (ritmo e intensidad).
- Identificar signos de dificultad respiratoria.

ALCANCE

Población a la que debe ser controlada la frecuencia respiratoria.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Reloj con segundero
- Hoja de registro
- Bolígrafo negro
- Fonendoscopio, si precisa
- Monitor, si precisa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en una posición adecuada, sentado o acostado en posición de semi-Fowler, [PO-0401](#) que permita la contabilización de la frecuencia respiratoria. El mal alineamiento corporal impide la correcta expansión torácica y disminuye la ventilación, influyendo, por tanto, en la frecuencia y volumen respiratorio.
- Dejar visible el tórax del paciente de manera que pueda observar los movimientos de la caja torácica (durante la inspiración se eleva y durante la espiración se deprime).
- Observar un ciclo respiratorio completo (inspiración y espiración).
- En pacientes en los que sea difícil la toma mediante la observación, podemos usar la palpación poniendo la palma de la mano sobre el tórax sin ejercer presión.
- Mirar el segundero y determinar la frecuencia respiratoria, es decir el número de ciclos ventilatorios completos que se producen durante 60 segundos.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	Z1-NSG-PO-0101 Revisión: A Página 84 de 1152
--	---	---

- Observar la profundidad y la regularidad de los mismos, si se oyen ruidos respiratorios y si el usuario tiene que realizar esfuerzo para respirar.
- Si durante la toma el paciente tose, habla o experimenta algún cambio que pueda alterar el parámetro, esperar unos minutos y volver a realizar la medición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La medición de la respiración puede ser más fiable si se realiza simultáneamente con la determinación del pulso o con otro procedimiento en el que el paciente esté relajado y no se sienta observado.
- Para conocer el ritmo respiratorio basal hay que asegurarse que no haya realizado ningún esfuerzo ni ejercicio, y que no se le haya efectuado algún procedimiento cruento en los 15-20 minutos precedentes a la toma de la respiración.
- Debemos tener en cuenta que la frecuencia respiratoria se puede alterar por determinados estados clínicos como el dolor, la fiebre, etc.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar los siguientes parámetros:
 - Frecuencia respiratoria (número de respiraciones en un minuto).
 - Características:
 - Ritmo (regular o irregular)
 - Profundidad (superficial, normal o profunda)
 - Tipo (torácica o abdominal).
 - Existencia de ruidos respiratorios si se han observado.
 - Esfuerzo respiratorio, si lo hay.
 - Patrón respiratorio alterado, si se ha observado.

	SECTOR ZARAGOZA I TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	Z1-NSG-PO-0101 Revisión: A Página 85 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C, Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2.
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B, Guisado-Morán R, Vázquez-Gómez I, García-Fernández C, et al. Protocolo de procedimientos Enfermeros [Internet]. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://docplayer.es/8940945-Protocolo-de-procedimientos-enfermeros.html>
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

GASOMETRÍA PUNCIÓN ARTERIAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I GASOMETRIA PUNCIÓN ARTERIAL	Z1-NSG-PO-0102 Revisión: A Página 87 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I GASOMETRIA PUNCIÓN ARTERIAL	Z1-NSG-PO-0102 Revisión: A Página 88 de 1152
--	---	---

DEFINICIÓN

Extracción de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar.

OBJETIVO

- Determinar los valores en sangre arterial de oxígeno, dióxido de carbono, saturación de oxígeno y equilibrio ácido-básico.

ALCANCE

Población que precisa de la extracción de sangre arterial para determinar ciertos valores relacionados con el oxígeno en sangre.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Solución antiséptica (clorhexidina al 2%)
- 1 jeringa de gasometría
- Impreso de petición de gasometría

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y al acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en una posición adecuada, incorporado, en sedestación y mantenerle en reposo unos 15 minutos.
- Seleccionar la arteria de punción: la arteria de elección será la radial a nivel del túnel carpiano, en segundo lugar, la arteria humeral a nivel de la fosa anticubital y en último lugar la arteria femoral a nivel inguinal.
- Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. En caso de utilizar:
 - La arteria radial se colocará la muñeca en hiperextensión, puede utilizarse una toalla enrollada, si se opta por esta arteria, realizar el test de Allen (prueba de la circulación colateral).
 - La arteria humeral se pondrá el brazo en hiperextensión.
 - La arteria femoral el paciente se colocará en decúbito supino con las piernas estiradas.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I GASOMETRIA PUNCIÓN ARTERIAL	Z1-NSG-PO-0102 Revisión: A Página 89 de 1152
--	---	---

- Limpiar la zona con solución antiséptica.
- Dejar secar.
- Colocarse los guantes estériles. [PO-0904](#)
- Localizar y fijar el pulso con los dedos índice y medio, con la otra mano insertar la aguja en la arteria con un ángulo de 45º respecto a la muñeca y de 90º en el caso de las arterias humeral o femoral.
- Dejar que entre 1-2 mililitros de sangre.
- Retirar la aguja y presionar el lugar de punción durante 5 minutos. Si es la arteria humeral 7-8 minutos. Si se punciona la femoral 10 minutos.
- Dejar un apósito sobre lugar de punción y fijarlo comprimiendo ligeramente.
- Eliminar burbujas de aire que puedan existir en la jeringa.
- Cerrar la jeringa y etiquetar con los datos del paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y a objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Si el paciente está anticoagulado o presenta trastornos de la coagulación mantener la presión 10 minutos.
- Si no se envía inmediatamente la muestra, mantenerla en un recipiente con hielo.
- Test de Allen:
 - Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluye la arteria radial cubital.
 - Indicar al enfermo que abra la mano.
 - Dejar de comprimir la arteria cubital.
 - El color debe volver a la mano del enfermo en 15 segundos. Si no, elegir otro sitio para realizar la punción arterial.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I GASOMETRIA PUNCIÓN ARTERIAL	Z1-NSG-PO-0102 Revisión: A Página 90 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA	Z1-NSG-PO-0103 Revisión: A Página 92 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cm	CENTÍMETROS
ml	MILILITROS

	SECTOR ZARAGOZA I PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA	Z1-NSG-PO-0103 Revisión: A Página 93 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

Extracción de una muestra sanguínea de una vena sin canalizar.

OBJETIVO

- Determinar los valores en sangre venosa de oxígeno, dióxido de carbono, saturación de oxígeno y equilibrio ácido-básico.

ALCANCE

Población que precisa de la extracción de sangre venosa para determinar ciertos valores relacionados con el oxígeno en sangre.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Gasas estériles
- Guantes estériles y no estériles
- Solución antiséptica (clorhexidina al 2%)
- Compresor
- Batea
- 1 aguja intravenosa
- Vacutainer^R
- 1 jeringa de gasometría
- Impreso de petición de gasometría

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Etiquetar con los datos del paciente la jeringa de gasometría.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
 - Desinfectar la zona con antiséptico con movimientos circulares, comenzando en el punto de venopunción y hacia fuera.
 - Dejar secar la piel.
 - Colocar el compresor unos 10-15 cm por encima del sitio de venopunción.
 - Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA	Z1-NSG-PO-0103 Revisión: A Página 94 de 1152
--	---	--

Extracción de la muestra directamente con la jeringuilla de gasometría

- Colocar la aguja intravenosa en la jeringa de gasometría.
- Fijar la vena con el pulgar.
- Introducir la aguja con una inclinación de 20-30º en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno venoso en la aguja.
- Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja y tirar del émbolo con la mano dominante para extraer la sangre necesaria.
- Aspirar lentamente del émbolo para evitar la desgasificación de la muestra.
- Obtener el volumen deseado de mínimo 0,7ml.
- Retirar el cuerpo del extractor.
- Sujetar el cuerpo del extractor.
- Encajar firmemente el tapón safePICO en el cono lúer.
- Retirar el compresor y la aguja.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Extracción de la muestra con Vacutainer®

- Fijar la vena con el pulgar.
- Introducir la aguja con una inclinación de 20-30º en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
- Colocar la jeringa de gasometría en el Vacutainer®.
- Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja.
- Aspirar lentamente del émbolo para evitar la desgasificación de la muestra.
- Obtener el volumen deseado de mínimo 0,7ml.
- Retirar el cuerpo del extractor.
- Sujetar el cuerpo del extractor.
- Encajar firmemente el tapón safePICO en el cono lúer.
- Retirar el compresor y el Vacutainer®.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA	Z1-NSG-PO-0103 Revisión: A Página 95 de 1152
--	---	---

Extracción de la muestra desde la vía

- Purgar la vía para evitar la dilución de la muestra
- Insertar el cono lúer des extractor safePICO Aspirator en la llave
- Aspirar lentamente del émbolo para evitar la desgasificación de la muestra.
- Obtener el volumen deseado de mínimo 0,7ml.
- Retirar el cuerpo del extractor.
- Sujetar el cuerpo del extractor.
- Encajar firmemente el tapón safePICO en el cono lúer.
- Retirar el compresor y la aguja.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Expulsión del aire y homogeneización de la muestra

- Dar unos golpecitos al extractor para desplazar las burbujas que pueda haber en cono.
- Empujar suavemente el émbolo para expulsar el aire hasta que la sangre entre en contacto con el material poroso del tapón o la resistencia indique que el tapón ha quedado sellado.
- Mezclar bien la muestra invirtiendo varias veces el extractor y rodándolo luego entre las manos.
- Eliminar burbujas de aire que puedan existir en la jeringa.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Si el paciente está con fluidoterapia es preferible elegir el brazo opuesto.
- No puncionar en las fístulas arteriovenosas ni en brazos de mujeres con mastectomías pues tienen comprometido el retorno venoso.
- Si el paciente está anticoagulado aumentar el tiempo de presión.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

	SECTOR ZARAGOZA I PUNCIÓN VENOSA Y GASOMETRÍA	Z1-NSG-PO-0103 Revisión: A Página 96 de 1152
---	---	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso noviembre 2015] Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería [Internet] Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez Velardes, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006. [Acceso noviembre 2015] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 98 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
cc	CENTÍMETROS CÚBICOS
CmH ₂ O	CENTÍMETRO DE COLUMNA DE AGUA
mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
h	HORA

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 99 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

Mantenimiento y sustitución de la cánula que mantiene permeable la vía aérea artificial, creada en la traqueotomía.

Conceptos:

Traqueotomía: es la comunicación temporal de los primeros anillos traqueales con el exterior que se mantiene abierto mediante una cánula.

Traqueostomía: es la comunicación definitiva de la tráquea con el exterior, como resultado generalmente de una laringectomía total, que no precisa de cánula para mantenerse abierta.

Partes de una cánula:

- *Cánula externa*: Se sostiene por una cinta que rodea el cuello del paciente.
- *Cánula interna o camisa*: se fija a la cánula externa.
- *Obturador o fiador*: se utiliza para orientar la cánula externa y se retira una vez que está colocada.

OBJETIVOS

- Asegurar la permeabilidad de la traqueotomía, procurando el mayor confort del paciente.
- Mantener una oxigenación y ventilación eficaz y adecuada.
- Realizar una valoración adecuada del paciente, dirigida a detectar complicaciones reales o potenciales en el manejo de la traqueotomía.
- Mantener la piel peritraqueostomal en condiciones óptimas.
- Prevenir infecciones respiratorias.

ALCANCE

- Población portadora de una traqueotomía temporal o definitiva.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 100 de 1152
--	---	--

MATERIAL

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Bata, mascarilla y gafas
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Lubricante hidrosoluble
- Antiséptico
- Apósito absorbente para traqueotomía
- Jeringa de 10ml
- Batea
- Dos cánulas de traqueotomía; una del mismo número y tipo que la que lleva el paciente y otra de un número inferior
- Sistema de sujeción de cánula
- Sistema y material de aspiración
- Ambú y mascarilla
- Material para oxigenoterapia
- Pinza Kocher estéril
- Rinoscopio o separador trivalvo
- Hoja de bisturí
- Cepillo para limpieza de cánula de traqueotomía
- Pinzas estériles
- Campo quirúrgico
- Mesa auxiliar o carro de curas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante, fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar lavado de manos. [PO-0901](#)
- Colocar guantes no estériles. [PO-0902](#)
- Situar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Oxigenar al paciente, si procede. [PO-0105](#)
- Aspirar secreciones si fuera necesario. [PO-0106](#)
- Tranquilizar al paciente, ya que en este momento se produce tos por irritación del epitelio traqueal.

Cambio completo de cánula:

- Preparar campo estéril.
- Colocar guantes estériles. [PO-0904](#)
- Preparar la nueva cánula.
- Comprobar la integridad del balón, si ésta es balonada, introduciendo 10cc de aire y volver a desinflar completamente.
- Retirar la cánula interna o camisa.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 101 de 1152
--	---	---

- Colocar el obturador o fiador interno.
- Retirar la cánula que lleva colocada, con la cabeza del paciente en hiperextensión.
- Limpiar el estoma con suero fisiológico y secar.
- Aplicar antiséptico de dentro a fuera, evitando su introducción en el estoma.
- Introducir la cánula nueva, manteniendo la porción curva hacia abajo, en el menor tiempo posible, con firmeza y decisión, sin forzar.
- Sujetar firmemente con la punta de los dedos la placa pivotante hacia el cuello para evitar su salida brusca por un golpe de tos.
- Retirar el obturador o fiador.
- Comprobar la salida de aire por la cánula, poniendo la mano delante del orificio exterior de la cánula.
- Colocar gasa estéril peritraqueostomal.
- Sujetar firmemente la cánula con su cinta, alrededor del cuello, anudándola o fijándola con el sistema propio de cada cánula, dejando una holgura suficiente para introducir nuestro dedo entre la cinta y el cuello del paciente.
- Colocar la cánula interna o camisa.
- Proteger y vigilar el estado de la piel que roza con la cinta, para prevenir erosiones.
- En cánula balonada, si está indicado, inflar el balón con aire, mediante jeringa, con una cantidad que vendrá determinada por el diámetro de la cánula.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Cambio de la cánula interna o camisa

- Retirar la cánula interna con suavidad y firmeza y sustituirla por una nueva o en su defecto limpiarla, sumergiéndola en suero fisiológico y con ayuda de un cepillo de traqueotomía.
- Sujetar la cánula en todo momento con la otra mano.
- Limpiar el estoma con suero fisiológico y secar.
- Aplicar un antiséptico evitando la caída dentro de la tráquea.
- Colocar nuevo apósito y fijar de nuevo la cánula con la cinta.
- Aspirar secreciones si precisa. [PO 0106](#).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 102 de 1152
---	---	---

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- En la alimentación oral, en algunos casos, será necesario comprobar que el balón endotraqueal, está correctamente inflado, (20-25mmHg). Permanecer junto al paciente, durante las primeras horas, asesorándole sobre la técnica de ingesta y vigilando signos de aspiración. Con posterioridad, si no tiene problemas de deglución, puede alimentarse manteniendo el balón desinflado.
- Extremar la vigilancia en pacientes que hayan sido recientemente traqueotomizados.
- Si existe dificultad para introducir la cánula, rotarla ligeramente y con suavidad, hasta encontrar la vía correcta de acceso. Si persiste la dificultad, introducir una cánula de un diámetro inferior.
- Los pacientes con cánulas de plata, se deben de cambiar antes de ir a realizar pruebas radiológicas como Tomografía y Resonancia Magnética.
- Las traqueotomías realizadas con técnica quirúrgica, tendrán puntos de sutura, que se retirarán a partir del séptimo día.
- La herida de la incisión de la traqueotomía se debe mantener limpia y seca.
- Las curas se realizarán al menos cada 24 horas y siempre que se precise.
- Realizar la cura con suavidad e intentar movilizar la cánula lo menos posible.
- Si no existen incidencias, la cánula en el postoperatorio no se cambiará antes del cuarto día.
- Las cánulas de plata se cambian completamente cada 24 horas.
- La cánula interna se limpiará cada 8 h. como mínimo y siempre que sea necesario.
- La cánula externa, si no está sucia, se cambiará cada 21 días como máximo.

Actuación en las complicaciones:

• La broncoaspiración

- Prevención:
 - En pacientes que inician alimentación oral, comprobar que el balón esté hinchado.
 - En pacientes que inician tolerancia con nutrición enteral, comprobar el emplazamiento correcto de la sonda.
 - Comenzar la nutrición con alimentos blandos. Se recomienda que los líquidos se den separados de las comidas.
 - Mantener el cabecero de la cama elevado 30 o 40 grados.
- Actuación de enfermería:
 - Aspirar de secreciones.
 - Administrar oxígeno.

• Decanulación accidental

Los primeros días tras la cirugía puede constituir una situación de urgencia.

- Prevención:
 - Sujetar firmemente la cánula al cuello del paciente con una cinta o venda de gasa.
 - Mantener vigilancia en pacientes agitados.
- Actuación de enfermería:
 - Recolocar la cánula inmediatamente con la ayuda de un fiador.

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 103 de 1152
---	---	---

- **Obstrucción de la vía aérea por tapón mucoso**
 - Prevención:
 - Mantener una buena hidratación: el paciente deberá tomar unos 2 litros de líquidos/día, si procede.
 - Humidificación del medio ambiente.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Instilar 2cc de suero fisiológico estéril por cánula de traqueotomía cada 6 horas, respetando descanso nocturno.
 - Actuación de enfermería:
 - Retirar cánula interna y comprobar la permeabilidad.
 - Estimular al paciente a toser. [PO-0108](#)
 - Aspirar secreciones. [PO-0106](#)
 - Instilar suero fisiológico por cánula de traqueotomía y volver a aspirar.
 - Si no se soluciona el problema, retirar la cánula completamente y volver a aspirar sin cánula.
 - Colocar nueva cánula.
- **Hemorragia**
 - Prevención:
 - No forzar la introducción de la cánula.
 - Actuación de enfermería:
 - Avisar al médico.
 - Valorar la cantidad de sangrado.
 - Compresión en la zona de sangrado.
 - Tranquilizar al paciente.
- **Colocación incorrecta de la cánula o falsa vía**
 - Prevención:
 - No forzar la entrada de la cánula.
 - Sujetar firmemente la cánula al cuello una vez colocada.
 - Comprobar que el paciente no es capaz de hablar con la cánula destapada.
 - Asegurarse que en la espiración el aire sale por la cánula, colocando nuestra mano delante de la cánula de traqueotomía.
 - Actuación de enfermería:
 - Retirar la cánula e intentar colocarla nuevamente.
 - Localizar el agujero de traqueostomía con ayuda de un rinoscopio.
 - Avisar al médico.
- **Infección del traqueostoma**
 - Prevención:
 - Mantener la herida quirúrgica seca y aséptica.
 - Utilizar técnicas estériles para cualquier manipulación.
 - Actuación de enfermería:
 - Limpieza de herida quirúrgica con antiséptico.
 - Cambio frecuente de gasas.
 - Cultivo de secreciones.
 - Informar a médico responsable del paciente.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO Y MANTENIMIENTO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA	Z1-NSG-PO-0104 Revisión: A Página 104 de 1152
--	---	---

CUIDADO DEL MATERIAL

- Asegurar el correcto funcionamiento del sistema de aspiración y oxigenoterapia.
- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar cualquier observación sobre la traqueotomía y su evolución, aspecto de las secreciones, así como cualquier complicación.
- Registrar calibre, tipo de cánula colocada.
- Planificar horarios regulares para el cambio de cánula.
- Anotar la respuesta del paciente y el grado de participación.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordero-Fraile B, De Vergas-Gutierrez J. Protocolo enfermería ORL. pacientes traqueostomizados y laringectomizados. AEEORL. 2016. [Internet]. (Acceso agosto 2016). Disponible en:
<http://www.aeeorl.es/protocolo-de-enfermeria-orl-para-pacientes-traqueostomizados-y-laringectomizados>.
- Alarcón-Scotti P. Cuidados de Enfermería en pacientes traqueostomizados. Clínica hogar buena salud. 2014. [Internet]. (Acceso junio 2016); 13 (2-9). Disponible en:
<http://www.es-slideshare.net/plascotti/Cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-traqueostomizados>.
- García-Rambla, JM. Problemas más frecuentes en los cuidados de la traqueostomía. AEEORL 2016. [Internet]. (Acceso Julio 2016) Disponible en:
<http://aeeorl.es/problemas-mas-frecuentes-en-los-cuidados-de-la-traqueostomia>.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. (Internet) Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. (Acceso julio 2016). Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos/compartidos/procedimientos generales enfermería HUVR.pdf>.
- Cuidados del paciente traqueostomizado. Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014. [Acceso julio 2016] Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FPage%2FHGMA_listado.

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martin Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0105 Revisión: A Página 106 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

O2	OXIGENO
UPP	ÚLCERAS POR PRESIÓN
UCMA	UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
URPA	UNIDAD DE REANIMACIÓN POST ANESTÉSICA
H.	HORAS

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0105 Revisión: A Página 107 de 1152
---	--	---

DEFINICIÓN

Aporte de la cantidad de O₂ necesaria a un paciente traqueostomizado.

OBJETIVOS

- Administrar la concentración de O₂ prescrita de forma eficaz y segura.
- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente hospitalizado portador de una traqueostomía establecido en la prescripción médica.

Cuando el paciente no tiene comunicación entre las vías aéreas superior e inferior (en el caso del laringectomizado total) es imposible la ventilación con mascarilla y ambú a través de la vía aérea superior, por lo que la ventilación debe realizarse siempre, a través del orificio de la traqueostomía, por ser su única vía aérea.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Central de O₂
- Toma de O₂ de pared o bombona de O₂
- Manómetro
- Caudalímetro
- Humidificador desechable con agua destilada estéril
- Conexión al humidificador
- Alargadera de O₂
- Mascarilla de traqueostomía, y en su defecto mascarilla estándar pediátrica
- Guantes no estériles
- Equipo de aspiración de secreciones. [PO-0106](#)
- Pulsioxímetro

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y al acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0105 Revisión: A Página 108 de 1152
---	--	---

- Colocar al paciente en posición de semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Aspirar secreciones cuando sea necesario. [PO-0106](#)
- Limpiar el estoma con suero fisiológico.
- Colocar el caudalímetro en la toma de O2.
- Acoplar la conexión de O2 al caudalímetro.
- Conectar el humidificador y comprobar el nivel de agua destilada.
- Conectar el extremo distal de la mascarilla.
- Colocar la mascarilla de traqueostomía sobre el estoma traqueal.
- Ajustar la mascarilla al paciente, pasando el elástico por detrás del cuello.
- Abrir el flujo de O2.
- Regular la concentración de O2 a administrar en el caudalímetro.
- Asegurar que el agua burbujea.
- Vigilar el nivel del humidificador y reemplazarlo cuando sea necesario.
- Comprobar que no existan acodaduras en el sistema.
- Verificar periódicamente el correcto funcionamiento de todo el equipo.
- Comprobar la eficacia y efectividad de la oxigenoterapia, valorando color de la piel y mucosas, frecuencia respiratoria y valores de gasometría.
- Realizar controles regulares de la saturación de O2 a través del pulsioxímetro.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que la concentración de O2 administrada corresponde con la prescrita.
- Observar que no existen fugas.
- La saturación de O2 debe de ser monitorizada después de cualquier cambio de pauta.
- Vigilar:
 - *Signos de hipoxia:* intranquilidad, sudoración, disminución del nivel de conciencia y coloración.
 - *Signos de toxicidad:* tos áspera y seca, molestias torácicas, entumecimiento de extremidades, náuseas o vómitos, letargo o inquietud.
- Observar puntos de apoyo de la mascarilla y accesorios, con el fin de prevenir heridas y UPP.
- Eliminar la condensación acumulada en la mascarilla, si fuera necesario.
- Advertir al paciente y acompañante de la prohibición de fumar y del riesgo de quemaduras.
- No utilizar aceite ni vaselina.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0105 Revisión: A Página 109 de 1152
---	--	---

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.
- Utilizar frascos humidificadores desechables, de forma individualizada para cada paciente.
- La conexión del frasco humidificador al caudalímetro se debe de cambiar entre pacientes, no es necesario desecharla con el mismo paciente.
- En unidades donde se administre oxigenoterapia en pautas cortas con distintos pacientes (UCMA, quirófano, URPA, etc) se podrá utilizar el mismo humidificador, cambiándolo por otro nuevo en cada turno o cada 24 h.
- Las mascarillas sobre un mismo paciente se cambiarán cada 48 h.
- Cambiar los dispositivos de administración de oxigenoterapia siempre que estén visiblemente sucios o no funcionen adecuadamente.
- Entre pacientes cambiar el equipo completo.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado (concentración de O₂, suministro utilizado, tolerancia y adaptación del paciente). Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0105 Revisión: A Página 110 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso julio 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos generales enfermería HUVR.pdf.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso junio 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso junio 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0106 Revisión: A Página 112 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mmHg	MILÍLITROS DE MERCURIO
cm	CENTÍMETROS

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0106 Revisión: A Página 113 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Extracción de secreciones de la tráquea o bronquios a través de una sonda estéril que se introduce por el tubo endotraqueal o un estoma traqueal.

OBJETIVOS

- Mantener permeable la vía aérea.
- Mejorar el trabajo respiratorio.
- Favorecer el intercambio gaseoso.
- Evitar la aparición de infecciones respiratorias por acúmulo de secreciones.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente hospitalizado traqueostomizado que precise aspiración de secreciones establecido en la prescripción médica.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo de aspiración
- Toma de vacío
- Toma de oxígeno
- Caudalímetro
- Sondas de aspiración flexibles estériles del número adecuado
- Cánulas de diferentes tamaños
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Gasas no estériles
- Mascarilla facial
- Suero fisiológico estéril
- Mucolítico
- Mascarilla de oxígeno

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

- Colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Comprobar que el aspirador esté conectado a la toma de vacío, así como el correcto funcionamiento del mismo, seleccionar una presión adecuada en el manómetro del aspirador (80-120mmHg), poner un dedo sobre el extremo distal del tubo de conexión para verificar la presión de aspiración en la lectura del manómetro y modificarla, si fuese necesario.
- Elegir la sonda flexible adecuada con un diámetro inferior al diámetro de la cánula.
- Retirar guantes no estériles.
- Colocar mascarilla facial y guantes estériles [PO-0904](#)
- Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.
- Abrir el envase estéril de la sonda de aspiración por el personal auxiliar.
- Hiperoxigenar al paciente si fuera necesario, mediante mascarilla. [PO-0105](#)
- Introducir la sonda suavemente sin succión por la cánula.
- Al llegar a un tope (carina), retirar un poco para evitar posibles traumatismos.
- Empezar a succionar, taponando con el dedo pulgar de forma intermitente el extremo libre de la conexión para producir el vacío, con movimientos rotatorios de la sonda y hacia fuera. Las aspiraciones serán profundas (15-20 cm), con una duración inferior a 10-15 segundos y una fuerza de succión máxima de 120 mmHg.
- Realizar lavados con 2ml de suero fisiológico y mucolítico si las secreciones son muy espesas o existen tapones. Se pueden repetir los lavados 2 o 3 veces hasta extraer todas las secreciones, vigilando que el paciente se mantenga estable.
- Retirar la cánula interna o camisa [PO-0104](#) cuando las secreciones sean muy espesas o presente tapones y proceder a la aspiración antes mencionada. Si no se soluciona el problema, retirar la cánula completamente y reemplazar por otra. [PO-0104](#)
- Entre cada aspiración, limpiar la sonda aspirando suero fisiológico estéril.
- Cerrar el sistema de vacío.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Las aspiraciones no deben de realizarse de forma sistemática, sólo cuando sea necesario. Las aspiraciones repetidas pueden dañar la mucosa y producir hemorragias y ulceraciones.
- Evitar realizar aspiraciones de secreciones tras las comidas.
- Observar signos de dificultad respiratoria y alteraciones del ritmo cardíaco.
- La técnica será siempre estéril.
- Las complicaciones más frecuentes son: traqueítis, hipoxias, atelectasias, arritmias e hipotensión.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0106 Revisión: A Página 115 de 1152
---	--	---

CUIDADO DEL MATERIAL

- Revisar el sistema de aspiración y cambiarlo cuando sea necesario.
- Dejar protegida la salida del tubo del sistema de vacío.
- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Dejar equipo repuesto tras cada aspiración.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	Z1-NSG-PO-0106 Revisión: A Página 116 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso junio 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservación/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf.
- Bruner-Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica 6ª ed. México: Interamericana- Mc Graw Hill; 1996. Cordero-Fraile B, De Vergas-Gutiérrez J. Protocolo enfermería ORL. pacientes traqueostomizados y laringectomizados. AEEORL. [Internet]. 2016. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
http://www.aeeorl.es/protocolo-de-enfermería-orl-para-pacientes_traqueostomizados_y_laringectomizados.
- Alarcón-Scotti, P. Cuidados de Enfermería en pacientes traqueostomizados. Clínica hogar buena salud. [Internet]. 2014. [Acceso junio 2016]. 13(2-9). Disponible en:
<http://www.es-slideshare.net/plascotti/Cuidados-de-enfermería-en-pacientes-traqueostomizados>.
- García-Rambla, J.M. Problemas más frecuentes en los cuidados de la traqueostomía. AEEORL. [Internet]. 2016. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
<http://aeeorl.es/problemas-más-frecuentes-en-los-cuidados-de-la-traqueostomía>.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba M.J., Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermería_HUVR.pdf.
- Documentación de enfermería. Cuidados del paciente traqueostomizado. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014. [Acceso julio 2016] Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FPage%2FHGMA_listado.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Z1-NSG-PO-0107 Revisión: A Página 118 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Z1-NSG-PO-0107 Revisión: A Página 119 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Técnica de fisioterapia respiratoria dirigida a facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas para conseguir una buena respuesta ventilatoria.

OBJETIVOS

- Educar al paciente para que utilice el diafragma como estructura principal de la respiración.
- Facilitar la eliminación de secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acúmulo.
- Desprender y desplazar mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales del paciente, para que puedan ser movilizadas y expulsadas.
- Disminuir trabajo respiratorio.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

ALCANCE

Población con la indicación de facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Almohadas
- Guantes no estériles
- Gasas no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Comprobar la permeabilidad de la vía aérea.
- Colocar al paciente en decúbito supino con una almohada en la cabeza y otra bajo las rodillas con éstas flexionadas.
- Colocar una mano en la parte superior del abdomen y la otra en el tórax.
- Instruir al paciente para que haga una inspiración lenta y profunda, a través de la nariz con la boca cerrada, hasta llegar al máximo de su capacidad. Al inspirar, la mano del abdomen se elevará, lo cual nos indicará que la técnica es correcta.

	SECTOR ZARAGOZA I RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Z1-NSG-PO-0107 Revisión: A Página 120 de 1152
---	---	--

- Instruir al paciente para que ahora espire lentamente con la boca ligeramente entreabierta (como empañando un cristal) hasta advertir que el abdomen está vacío. La mano del abdomen presionará, al objeto de forzar la salida del aire de los pulmones.
- La mano que está colocada en el tórax casi ni se moverá mientras dure esta técnica.
- Practicar este ejercicio durante 5-10 minutos 3-4 veces al día.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES / PRECAUCIONES

- Observar el estado tanto físico como psicológico del paciente para, en caso necesario, proporcionar la ayuda requerida.
- No realizar la respiración diafragmática si hubiese contraindicación por su patología.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Z1-NSG-PO-0107 Revisión: A Página 121 de 1152
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2.
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Generalitat, Conselleria de Sanitat, Valencia. 2007. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B, Guisado-Morán R, Vázquez-Gómez I, García-Fernández C, et al. Protocolo de procedimientos Enfermeros [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en:
<http://docplayer.es/8940945-Protocolo-de-procedimientos-enfermeros.html>
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío[Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

ENSEÑAR A TOSER

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ENSEÑAR A TOSER	Z1-NSG-PO-0108 Revisión: A Página 123 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ENSEÑAR A TOSER	Z1-NSG-PO-0108 Revisión: A Página 124 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Técnica de fisioterapia respiratoria dirigida a conseguir una tos eficaz que mejore la permeabilidad de las vías aéreas para conseguir una buena respuesta ventilatoria.

OBJETIVOS

- Enseñar a expectorar al paciente para movilizar las secreciones de las zonas periféricas hasta los bronquios principales mediante el estímulo previo de la tos.
- Facilitar la eliminación de secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acúmulo.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

ALCANCE

Población con la indicación de facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Almohadas
- Toallita de celulosa/Paño/Gasas no estériles
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición correspondiente, sentado con el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante.
- Realizar previamente el Procedimiento de respiración diafragmática. [PO-0107](#)
- Inspirar por la nariz lenta y profundamente, conteniendo la respiración durante 3-5 segundos.
- Espirar por la boca lentamente, tanto aire como sea posible (la parte inferior de la caja torácica y el abdomen se hunden según se respira).
- Hacer una segunda inspiración profunda y contenerla.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ENSEÑAR A TOSER	Z1-NSG-PO-0108 Revisión: A Página 125 de 1152
--	---	--

- Toser con fuerza desde lo profundo del pecho (no desde la garganta), dos veces de forma corta y forzada.
- Realizar este procedimiento de 2-3 veces al día.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Realizar este procedimiento antes de las comidas y al acostarse.
- Estimular la ingesta de líquidos si no existe contraindicación médica.
- No realizar este procedimiento si existiese contraindicación por su patología.
- En pacientes intervenidos quirúrgicamente, enseñar de forma adecuada a inmovilizar la herida con ayuda de las manos, si no existe contraindicación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>

	SECTOR ZARAGOZA I ENSEÑAR A TOSER	Z1-NSG-PO-0108 Revisión: A Página 126 de 1152
---	---	--

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: Manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla. 2006. [Acceso marzo 2015] Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CLAPPING	Z1-NSG-PO-0109 Revisión: A Página 127 de 1152
--	--	--

CLAPPING

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CLAPPING	Z1-NSG-PO-0109 Revisión: A Página 128 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

	SECTOR ZARAGOZA I CLAPPING	Z1-NSG-PO-0109 Revisión: A Página 129 de 1152
---	--	--

DEFINICIÓN

Técnica de fisioterapia respiratoria que utiliza la percusión pasiva para la movilización de secreciones.

OBJETIVOS

- Facilitar la eliminación de secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acúmulo.
- Desprender y desplazar mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales del paciente, para que puedan ser movilizadas y expulsadas.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

ALCANCE

Población con la indicación de facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Toallita de celulosa/Paño/Pijama del paciente
- Guantes no estériles
- Gasas no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición adecuada, según la zona afectada. [PO-0401](#)
- Mantener la zona que hay que percutir cubierta con el pijama o colocar toallita/paño si se considera oportuno.
- Colocar las manos en forma de cuenco con los dedos unidos, hacer percusión mediante flexión y extensión de muñeca, con el codo y hombro relajados, progresando, desde las bases pulmonares hacia las zonas apicales e indicando al paciente que realice simultáneamente inspiraciones y espiraciones lentas y profundas.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CLAPPING	Z1-NSG-PO-0109 Revisión: A Página 130 de 1152
--	--	--

- Aplicar con las manos planas y dedos ligeramente separados, presiones vibratorias intermitentes en la pared torácica durante la espiración.
- Realizar la percusión de modo lento y rítmico, durante 3 ó 4 minutos y tantas veces como sea necesario (2-3 veces al día).
- Hacer toser al paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_1109.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES / PRECAUCIONES

- Evitar la percusión sobre la columna vertebral, esternón, área renal, hígado.
- No realizar estas técnicas tras las comidas.
- Este procedimiento no debe producir dolor.
- Contraindicaciones: Cirugía cardiovascular, torácica, derrame pleural, durante las primeras 24 horas tras broncoscopias, osteoporosis, hemoptisis, sangrados, abscesos y embolia pulmonar, dolor torácico agudo, paciente inconsciente, neumotórax, lesiones cutáneas, fracturas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I CLAPPING	Z1-NSG-PO-0109 Revisión: A Página 131 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del equilibrio ácido-base. Sección 2. [Acceso octubre 2015]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales[Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Avila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería 2010. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso octubre 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso octubre 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso octubre 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

DRENAJE POSTURAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I DRENAJE POSTURAL	Z1-NSG-PO-0110 Revisión: A Página 133 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Técnica de fisioterapia respiratoria dirigida a facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas para conseguir una buena respuesta ventilatoria mediante cambios posturales.

OBJETIVOS

- Desprender y desplazar las secreciones adheridas a las paredes pulmonares del paciente, para que drenen pasivamente por la fuerza de la gravedad, hacia los bronquios principales y tráquea y con la ayuda de la tos puedan ser movilizadas y expulsadas al exterior.
- Facilitar la eliminación de secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acúmulo.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

ALCANCE

Población con la indicación de facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Almohadas
- Fonendoscopio
- Toallita de celulosa/Paño/Gasas no estériles
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Realizar previamente el Procedimiento de respiración diafragmática [PO-0107](#) y enseñar a toser. [PO-0108](#)
- Colocar al paciente en la posición correspondiente, según el lóbulo o segmento a drenar. Dicho segmento debe tener una posición más elevada, con relación al bronquio principal.

- Aplicar el Procedimiento de clapping si las secreciones son muy espesas. [PO-0109](#)
- Mantener en la posición de 5-10 minutos, realizar 2-3 veces al día.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
[http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf](http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf)
[http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf](http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf)
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No realizar el drenaje postural tras las comidas.
- La posición de Trendelenburg [PO-0401](#) puede estar contraindicada en algunas situaciones como: Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, patología intracraneal, distensión abdominal.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I DRENAJE POSTURAL	Z1-NSG-PO-0110 Revisión: A Página 136 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de actuación de Enfermería. Manual de procedimientos generales. Generalitat. Conselleria de Sanitat. Segunda edición 2007.
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso agosto 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7º Ed. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso agosto 2015]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso agosto 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso agosto 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0111 Revisión: A Página 138 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
------	------------------------

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0111 Revisión: A Página 139 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Extracción de secreciones de la nariz y/o faringe a través de una sonda.

OBJETIVOS

- Lograr la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso, cuando el paciente no es capaz de expectorar de forma espontánea.
- Evitar la aparición de infecciones respiratorias por acúmulo de secreciones.
- Facilitar la toma de muestras.

ALCANCE

Población con la indicación de extracción de secreciones de la nariz y/o faringe a través de una sonda.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo de aspiración
- Toma de vacío
- Toma de oxígeno
- Caudalímetro
- Sondas de aspiración flexibles estériles del número adecuado
- Guantes no estériles
- Gasas no estériles
- Mascarilla facial
- Suero fisiológico estéril

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar en posición semi-Fowler, lo más cómodo posible. [PO-0401](#)
- Comprobar el funcionamiento del aspirador conectándolo a la toma de vacío a una presión negativa adecuada (80 a 120 mmHg).
- Abrir la sonda de aspiración.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0111 Revisión: A Página 140 de 1152
---	---	--

- Introducir la sonda suavemente a través de la nariz, sin succión para no lesionar la mucosa. Al llegar al sitio seleccionado empezar a succionar intermitentemente con movimientos rotatorios de la sonda y hacia fuera tapando el orificio de la sonda de forma intermitente.
- Si el objetivo es recoger una muestra utilizaremos una sonda con reservorio.
- Al finalizar el procedimiento, lavar la sonda y el tubo aspirador con suero fisiológico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Dejar el equipo preparado y repuesto, en caso de urgencia debe estar todo a mano.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No efectuar aspiraciones superiores a 8-10 segundos por la hipoxia que se puede producir en el paciente.
- Dejar al paciente descansar entre una aspiración y la siguiente si son necesarias más de una.
- En caso de aspiración oral y nasal empezar primero por la nariz.
- No realizar aspiraciones tras la ingesta.
- Si el paciente colabora, se le invita a toser durante el procedimiento.
- Valorar la reacción del paciente a la técnica, observando su color, ritmo cardíaco y ruidos respiratorios.
- Si durante el procedimiento el paciente sufriese episodio de broncoespasmo o bradicardia, se retirará la sonda rápidamente y se administrará oxígeno.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0111 Revisión: A Página 141 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso noviembre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0112 Revisión: A Página 143 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
------	------------------------

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0112 Revisión: A Página 144 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Extracción de secreciones de la boca y/o faringe a través de una sonda.

OBJETIVOS

- Lograr la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso, cuando el paciente no es capaz de expectorar de forma espontánea.
- Evitar la aparición de infecciones respiratorias por acúmulo de secreciones.
- Facilitar la toma de muestras.

ALCANCE

Población con la indicación de extracción de secreciones de la boca y/o faringe a través de una sonda.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo de aspiración
- Toma de vacío
- Toma de oxígeno
- Caudalímetro
- Sondas de aspiración flexibles estériles del número adecuado
- Guantes no estériles
- Gasas no estériles
- Mascarilla facial
- Suero fisiológico estéril

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar en posición semi-Fowler, lo más cómodo posible. [PO-0401](#)
- Comprobar el funcionamiento del aspirador conectándolo a la toma de vacío a una presión negativa adecuada (80 a 120 mmHg).
- Abrir la sonda de aspiración.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0112 Revisión: A Página 145 de 1152
---	--	---

- Introducir la sonda suavemente a través de la boca, sin succión durante la introducción para no lesionar la mucosa. Al llegar al sitio seleccionado empezar a succionar intermitentemente con movimientos rotatorios de la sonda y hacia fuera tapando el orificio de la sonda de forma intermitente.
- Si el objetivo es recoger una muestra utilizaremos una sonda con reservorio.
[PO-1612](#)
- Al finalizar el procedimiento, lavar la sonda y el tubo aspirador con suero fisiológico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No efectuar aspiraciones superiores a 8-10 segundos por la hipoxia que se puede producir en el paciente.
- Dejar al paciente descansar entre una aspiración y la siguiente si son necesarias más de una.
- En caso de aspiración oral y nasal empezar primero por la nariz.
- No realizar aspiraciones tras la ingesta.
- Si el paciente colabora, se le invita a toser durante el procedimiento.
- Valorar la reacción del paciente a la técnica, observando su color, ritmo cardíaco y ruidos respiratorios.
- Si durante el procedimiento el paciente sufriese episodio de broncoespasmo o bradicardia, se retirará la sonda rápidamente y se administrará oxígeno.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	Z1-NSG-PO-0112 Revisión: A Página 146 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid; 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Labari Sanz, Genoveva	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO	Z1-NSG-PO-0113 Revisión: A Página 148 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
TET	TUBO ENDOTRAQUEAL
NZ	NEUMONÍA ZERO
mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
NE	NUTRICIÓN ENTERAL
cm	CENTÍMETROS
H2O	AGUA
FIO2	FRACCIÓN INSPIRATORIA DE OXÍGENO
SpO2	SATURACIÓN DE OXÍGENO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO	Z1-NSG-PO-0113 Revisión: A Página 149 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Extracción de secreciones de las vías respiratorias mediante la introducción de un catéter de aspiración a través del tubo endotraqueal.

OBJETIVOS

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

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes sometidos a intubación endotraqueal cuyas secreciones bronquiales obstruyan total o parcialmente la vía aérea.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Aspirador de vacío
- Sondas de aspiración estériles del número adecuado
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla
- Lubricante en aerosol
- Ambú® conectado a fuente de oxígeno
- Suero Fisiológico y/o mucolíticos
- Monitor

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Comprobar el funcionamiento del aspirador, ajustando la presión de aspiración entre 80-120 mmHg.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO	Z1-NSG-PO-0113 Revisión: A Página 150 de 1152
---	---	--

- Mantener el Ambú® próximo al paciente, conectado a una fuente de oxígeno a 15 litros/minuto.
- Colocar en posición semi-Fowler si no hay contraindicación (30-40°). [PO-0401](#)
- Verificar que la fijación del TET sea segura.
- Elegir el calibre de la sonda adecuada (siempre un 1/3 menor que el diámetro del tubo endotraqueal).
- Suspender NE durante la aspiración.
- Comprobar presión del neumotapón por turno, y antes-después de cada aspiración:
 - Continua: 25-30 cmH₂O
 - Manual: 30-35 cmH₂O
- Colocar la mascarilla.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.
- Abrir el envase estéril de la sonda de aspiración por el personal auxiliar.
- Coger con la mano estéril y conectar al equipo de aspiración por la enfermera.
- Lubricar la sonda de aspiración por el personal.
- Preoxigenar al paciente con una FiO₂ al 100% al menos durante un minuto.
- Desconectar al paciente del respirador y/o fuente de oxígeno.
- Introducir la sonda a través del TET sin aspirar y con la mano estéril.
- No avanzar más cuando se note resistencia.
- Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con un movimiento continuo, sin volver a introducirla.
- Para aspirar el bronquio derecho, ladearemos la cabeza del paciente hacia el lado izquierdo y viceversa.
- La aspiración no durará más de 10 segundos (como máximo se realizarán 3 aspiraciones).
- En caso de secreciones muy espesas y con posibilidad de tapón mucoso, instilar suero fisiológico y/o mucolítico, a través del TET; ventilar dos o tres veces con Ambú®, y seguidamente aspirar. Evitar instilar suero fisiológico de forma rutinaria.
- Si se va a volver a hacer otra aspiración, limpiar la sonda con gasa estéril y aspirar SF estéril.
- Si no se va a realizar otra aspiración por TET, desechar la sonda y aspirar suero fisiológico por el tubo o goma de aspiración.
- Comprobar que el paciente tiene una adecuada SpO₂.
- Ajustar la FiO₂ al valor inicial preestablecido, transcurrido un minuto tras la aspiración, si el respirador no lo hace de forma automática.
- Higiene de la boca con clorhexidina al 0,2% por turno. [PO-0801](#)
- Comprobar la aspiración subglótica si es continua, si no, hacerlo de forma manual.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO	Z1-NSG-PO-0113 Revisión: A Página 151 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar al paciente.
- Observar que la sonda de aspiración esté permeable permanentemente.
- Comprobar el funcionamiento del aspirador.
- Comprobar el nivel de aspiración del vacuómetro.
- Mantener el Ambú® próximo al paciente.
- Suspender NE durante la aspiración.
- Detectar posibles complicaciones:
 - Hipoxemia
 - Arritmias cardiacas
 - Alteraciones hemodinámicas
 - Extubación accidental
- Realizar el procedimiento cuando sea necesario (no obligatoriamente por turno).
- No avanzar más con la sonda más cuando se note resistencia.
- No tardar más de 10 segundos en hacer la aspiración.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES EN EL PACIENTE INTUBADO	Z1-NSG-PO-0113 Revisión: A Página 152 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Brunner-Suddarth. Enfermería médico-quirúrgica. 6ª ed. México: Interamericana-McGraw Hill; 1996.
- Clemente FJ. Ventilación mecánica. Guía práctica para enfermería. [Internet] 1ª ed. España; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.enfermeriarespira.es/>
- Ruiz-Moreno J. Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Rol; 2006.
- 4. Esteban A, Martín C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª ed. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1996.
- Gonzalo-Cano ME. Tratado de enfermería en cuidados críticos y neonatales. Ventilación Mecánica Básica. [Internet]. España; 2012 [Consultado 22 Mar 2016]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo71/capitulo71.htm>
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Proyecto prevención neumonía asociada a ventilación mecánica (NZ) [internet]. España; 2011. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf

ESPIROMETRÍA INCENTIVADA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cordovilla Esteban, Ana M ^a Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA INCENTIVADA	Z1-NSG-PO-0114 Revisión: A Página 154 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA INCENTIVADA	Z1-NSG-PO-0114 Revisión: A Página 155 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Técnica de fisioterapia respiratoria dirigida a facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas para conseguir una buena respuesta ventilatoria.

OBJETIVOS

- Utilización y manejo del inspirómetro con objeto de expandir los pulmones mediante inspiraciones lentas y profundas para facilitar una mayor entrada de oxígeno.
- Incrementar la presión transpulmonar y los volúmenes inspiratorios.
- Facilitar la eliminación de secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acúmulo.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

ALCANCE

Población que precisa de una técnica de fisioterapia respiratoria encaminada a facilitar una mejora en la permeabilidad de las vías aéreas.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Inspirómetro de incentivo: de volumen o flujo
- Gasas no estériles
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición correspondiente, en sedestación o en la cama con el tronco lo más recto posible si su situación lo permite.
- Explicar al paciente el funcionamiento y la utilidad del inspirómetro.
 - El inspirómetro es un aparato por el que se inspira a través de un tubo que está conectado a una columna de aire que contiene un pistón (inspirómetro de volumen) o bola (inspirómetro de flujo). A medida que se toma el aire, el

pistón o bola dentro de la columna se moverá hacia arriba. Se tendrá que mover la bola tan alto como el paciente pueda, o según la calibración del pistón.

- Sostener el inspirómetro en posición vertical sobre la mano, procurando no inclinarlo hacia ningún lado.
- Realizar una inspiración-espriación profunda fuera del aparato.
- Sellar los labios alrededor de la boquilla y realizar una inspiración lenta y tan profunda como sea posible.
 - En el inspirómetro de flujo, las bolas suben hasta alcanzar su tope superior o hasta que el paciente pueda.
 - En el Espirómetro de volumen el pistón sube hasta la marca fijada.
- Mantener la inspiración lo máximo que pueda el paciente.
- Soltar la boquilla y espirar lentamente por la nariz o boca.
- Repetir el ejercicio 5-10 veces, descansando entre cada una de las respiraciones.
- Es conveniente hacer tos efectiva después de realizar este ejercicio.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y a objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Importante: supervisar la ejecución del ejercicio, si no se realiza como se ha indicado, la técnica es ineficaz.
- Riesgo de hiperventilación si se realiza de forma incontrolada.
- En casos de uso de mascarilla de oxígeno, puede aumentar la hipoxemia si se retira la mascarilla para la utilización del dispositivo.
- En casos de dolor mal controlado, puede aumentar el dolor.
- Si el paciente va a ser sometido a cirugía programada, resultará de gran utilidad que conozca los objetivos y funcionamiento para evitar complicaciones pulmonares en el postoperatorio.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- El espirómetro de incentivo es de uso personal de cada paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA INCENTIVADA	Z1-NSG-PO-0114 Revisión: A Página 157 de 1152
--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital universitario central de Asturias [Internet]. Enero 2011. Edición 04. Código: PTDEN035. [Acceso junio 2015] Disponible en:
http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Administracion%20de%20medicamentos%20nebulizados%20mediante%20camara%20de%20hudson.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B, Guisado-Morán R, Vázquez-Gómez I, García-Fernández C, et al. Protocolo de procedimientos Enfermeros [Internet]. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso junio 2015]. Disponible en:
<http://docplayer.es/8940945-Protocolo-de-procedimientos-enfermeros.html>
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. Sección 2. [Internet]. [Acceso junio 2015]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso junio 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso junio 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso junio 2015] Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso junio 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

ESPIROMETRÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cordovilla Esteban, Ana Ma Cano Latorre, Alejandra Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-0115 Revisión: A Página 160 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CV	CAPACIDAD VITAL
IC	CAPACIDAD INSPIRATORIA
FVC	CAPACIDAD VITAL FORZADA
FEV ₁	VOLUMEN INSPIRATORIO FORZADO PRIMER SEGUNDO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-0115 Revisión: A Página 161 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Prueba diagnóstica de la ventilación pulmonar que mide los flujos y volúmenes respiratorios, útiles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías respiratorias.

OBJETIVOS

- Estimación de la gravedad y pronóstico en enfermedades respiratorias o de otros órganos que afecten a la función respiratoria.
- Cribaje de los pacientes en riesgo de enfermedad pulmonar (fumadores, exposición laboral u ocupacional, etc).
- Evaluación del riesgo en procedimientos quirúrgicos torácicos o abdominales altos.
- Examen físico rutinario.

ALCANCE

Población que precisa de una prueba diagnóstica para estudiar el funcionamiento pulmonar.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Espirómetro
- Báscula
- Tallímetro
- Pinza nasal
- Boquillas desechables semirrígidas
- Filtro bacteriológico

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente de la prueba que se le va a realizar y resaltar la importancia de su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verificar el buen funcionamiento del equipo.
- El paciente debe estar sentado y relajado 5-10 minutos antes de la prueba.
- Realizar anamnesis y verificar:
 - Si el paciente ha hecho ejercicio intenso 30 minutos antes de la prueba.
 - Si ha fumado hace 1 hora como mínimo.
 - Si ha comido de manera copiosa dos horas antes.

- Si ha ingerido estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC); Café, bebidas estimulantes ó depresores del SNC; Alcohol, benzodíacepinas, etc. 4 horas antes de la prueba.
- Revisar el tiempo de la última administración de medicamento inhalado broncodilatador en aerosol; evitar como mínimo 6 horas antes.
- No presentar cuadros de infección respiratoria actual o de 3 semanas de evolución.
- Si un paciente presenta enfermedades infecciosas, la prueba se retrasaría para ser realizada en último lugar, antes de la limpieza del equipo.
- Introducir los datos del paciente en el ordenador del espirómetro
 - Número de historia clínica
 - Nombre y apellidos
 - Peso y talla
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 - Hábitos tabáquicos
 - Nombre del facultativo
- Aflojar ropa entallada como corbatas, fajas, corsés, etc.
- Colocar al paciente sentado erguido y sin cruzar las piernas.
- Instruir al paciente que, durante la maniobra, la espalda siempre estará apoyada en el respaldo de la silla, sin inclinar hacia delante.
- Colocar la cabeza del paciente en posición adecuada; elevar el mentón y extender el cuello ligeramente. De ésta forma se permite que la exhalación sea más forzada. No modificar postura durante la maniobra.
- Explicar al paciente de manera clara, precisa y concisa las instrucciones para realizar las respiraciones.
- Colocar pinza o clip nasal si fuera necesario.
- Realizar una inspiración máxima, cogiendo todo el aire posible, para conseguir la máxima capacidad pulmonar.
- Sin soltar el aire, colocar la boquilla entre los labios, cerrándolos bien alrededor de ella. Comprobar que no hay fugas y que el paciente ni la obstruye ni la deforma. No morder.
- Expulsar el aire lo más rápido y fuerte posible, y prolongar la espiración seguido y sin parar hasta que se le indique, (rapidez con la que los volúmenes son movilizados).
- Motivar al paciente de manera activa y enérgica mientras realiza la maniobra.
- Poner énfasis en las instrucciones; cuando tenga que soplar, que se mantenga soplando hasta finalización de la maniobra.
- Permitir al paciente que se recupere entre una y otra maniobra.
- Valorar y verificar criterios de aceptabilidad de la prueba. Al menos tres curvas que muestren:
 - Inicio correcto: Ascenso rápido pegado al eje de coordenadas y una curva flujo-volumen con un pico único y manifiesto.
 - Meseta estable: Tiempo intermedio sin cambios de al menos 1 segundo.
 - Trazado de curvas sin artefactos. Los cambios bruscos se tomarán como errores (Tos, inspiración a mitad de la maniobra).
 - Finalización progresiva hasta agotar el aire.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-0115 Revisión: A Página 163 de 1152
--	--	--

- Seleccionar el resultado más adecuado de al menos tres maniobras realizadas. Los parámetros que estamos evaluando son:
 - Capacidad Vital (VC)
 - Capacidad Inspiratoria (IC)
 - Capacidad Vital Forzada (FVC)
 - Volumen inspiratorio forzado en el primer segundo (FEV1)
- Retirar pinza nasal y boquilla una vez terminada la prueba.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Principales fuentes de error que ocasionan que la prueba no sea válida:

- Falta o incorrección de la calibración del aparato.
- Mala preparación del paciente, con incumplimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Instrucciones deficientes, antes y durante la maniobra, por parte de quien realiza la prueba.
- Inicio titubeante, poco enérgico.
- Finalización precoz de la espiración.
- Presencia de tos.
- Fuga de aire durante la espiración.
- Cierre de glotis.
- Poca colaboración del paciente.

Complicaciones durante la prueba:

- Mareos y síncope.
- Acceso de tos.
- Broncoespasmo.
- Aumento de la presión intraocular e intracraneal.
- Incontinencia urinaria.
- Descompensación de patologías inestables.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-0115 Revisión: A Página 164 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Burgos F, Casan P, Del campo F, Galdiz JB, Giner J, Gonzalez-Mandago N, et al. Respira-Fundación española del pulmón-SEPAR. Normativa sobre la espirometría. [Internet]. Normativa SEPAR. Barcelona; 2013. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: [https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Normativas/normativa%201%20\(2013\).pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Normativas/normativa%201%20(2013).pdf)
- Romero de Ávila-Cabezón G, González-Rey J, Rodríguez-Estévez C. et al. Asociación Galega de medicina familiar y comunitaria. [Internet]. Cadernos de Atención Primaria; 2013. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/20-7-50-het.pdf>
- Mónica-Guitierrez C, Beroíza W., Borzone S. et al. Espirometría: Manual de Procedimientos. Sociedad Chilena de enfermedades respiratorias. [Internet]. Chile; 2006. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100005&script=sci_arttext
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7º Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR	Z1-NSG-PO-0116 Revisión: A Página 165 de 1152
--	--	--

ESPIROMETRÍA CON BRONCOLDILATADOR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cordovilla Esteban, Ana Ma Cano Latorre, Alejandra Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR	Z1-NSG-PO-0116 Revisión: A Página 166 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CV	CAPACIDAD VITAL
IC	CAPACIDAD INSPIRATORIA
FVC	CAPACIDAD VITAL FORZADA
FEV ₁	VOLUMEN INSPIRATORIO FORZADO PRIMER SEGUNDO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR	Z1-NSG-PO-0116 Revisión: A Página 167 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Prueba diagnóstica de la ventilación pulmonar que mide los flujos y volúmenes respiratorios, útiles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías respiratorias.

OBJETIVOS

- Estimación de la gravedad y pronóstico en enfermedades respiratorias o de otros órganos que afecten a la función respiratoria.
- Cribaje de los pacientes en riesgo de enfermedad pulmonar (fumadores, exposición laboral u ocupacional, etc).
- Evaluación del riesgo en procedimientos quirúrgicos torácicos o abdominales altos.
- Examen físico rutinario.

ALCANCE

Población que precisa de una prueba diagnóstica para estudiar el funcionamiento pulmonar.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Espirómetro
- Báscula
- Tallímetro
- Pinza nasal
- Boquillas desechables semirrígidas
- Filtro bacteriológico
- Broncodilatadores de acción corta si fuera necesario

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente de la prueba que se le va a realizar y resaltar la importancia de su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verificar el buen funcionamiento del equipo.
- Realizar siempre una espirometría convencional [PO-0113](#) previa a la espirometría con broncodilatador.
- Administrar dosis de broncodilatador inhalado de acción rápida. Se empleará agonista beta 2 adrenérgico y/o anticolinérgico.
- Repetir la prueba a los 20 minutos tras la administración del broncodilatador. [PO-0113](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR	Z1-NSG-PO-0116 Revisión: A Página 168 de 1152
--	--	--

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Principales fuentes de error que ocasionan que la prueba no sea válida:

- Falta o incorrección de la calibración del aparato.
- Mala preparación del paciente, con incumplimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Instrucciones deficientes, antes y durante la maniobra, por parte de quien realiza la prueba.
- Inicio titubeante, poco enérgico.
- Finalización precoz de la espiración.
- Presencia de tos.
- Fuga de aire durante la espiración.
- Cierre de glotis.
- Poca colaboración del paciente.

Complicaciones durante la prueba:

- Mareos y síncope.
- Acceso de tos.
- Broncoespasmo.
- Aumento de la presión intraocular e intracraneal.
- Incontinencia urinaria.
- Descompensación de patologías inestables.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR	Z1-NSG-PO-0116 Revisión: A Página 169 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Burgos F, Casan P, Del campo F, Galdiz JB, Giner J, Gonzalez-Mandago N, et al. Respira-Fundación española del pulmón-SEPAR. Normativa sobre la espirometría. [Internet]. Normativa SEPAR. Barcelona; 2013. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
[https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Normativas/normativa%201%20\(2013\).pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Normativas/normativa%201%20(2013).pdf)
- Romero de Ávila-Cabezón G, González-Rey J, Rodríguez-Estévez C. et al. Asociación Galega de medicina familiar y comunitaria. [Internet]. Cuadernos de Atención Primaria; 2013. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
<http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/20-7-50-het.pdf>
- Mónica-Guitierrez C, Beroíza W, Borzone S. et al. Espirometría: Manual de Procedimientos. Sociedad Chilena de enfermedades respiratorias. [Internet]. Chile; 2006. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100005&script=sci_arttext
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

VENTILACIÓN ASISTIDA CON RESUCITADOR MANUAL Y MASCARILLA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VENTILACIÓN ASISTIDA CON RESUCITADOR MANUAL Y MASCARILLA	Z1-NSG-PO-0117 Revisión: A Página 171 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

O ₂	OXIGENO
l/min	LITROS POR MINUTO
°	GRADOS

DEFINICIÓN

Es la administración de aire a presión positiva intermitente mediante un resucitador manual (Ambú®) y una mascarilla que sella la boca y la nariz del paciente.

El resucitador manual es una bolsa o balón autoinflable que, conectado a una válvula unidireccional y a una mascarilla facial, se utiliza para insuflar aire en vía respiratoria. Dispone de una conexión a la fuente de oxígeno y otra para una bolsa reservorio especial, que permite enriquecer la concentración de O₂.

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente soporte ventilatorio de forma manual, cuando la ventilación espontánea es inexistente o inadecuada.

ALCANCE

Población en riesgo de hipoventilación u obstrucción de la vía aérea. Suele preceder a la intubación endotraqueal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños (números 3,4,5,6)
- Mascarillas faciales de varios tamaños (4,5)
- Equipo de aspiración faríngea (sondas de aspiración y aspirador)
- Resucitador manual
- Filtro bactericida
- Alargadera de O₂
- Toma de O₂ y caudalímetro
- Pulsioxímetro

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el material y llevarlo junto al paciente, verificando que el material esté en óptimas condiciones.
- Valorar el estado respiratorio del paciente.
- Monitorizar al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)

- Retirar el cabecero de la cama.
- Retirar prótesis dentales.
- Comprobar que no existen cuerpos extraños en boca y, si fuera necesario, aspirarlos.
- Colocarse detrás de la cabecera del paciente.
- Elegir el tamaño adecuado de la cánula orofaríngea. Medir distancia entre el lóbulo de la oreja y la comisura de labio.
- Colocar la cánula orofaríngea: Se introduce en la boca con la concavidad hacia el paladar y al alcanzar con la punta el paladar blando se va girando 180° hasta alcanzar su posición correcta.
- Colocar la cabeza en hiperextensión, si no está contraindicado.
- Abrir la fuente de O₂ con un flujo de 10-15 l/min.
- Acoplar la mascarilla al sistema de ventilación.
- Sujetar la mascarilla con la mano no dominante, para ser capaces con la otra mano de generar una ventilación con presión positiva al apretar la bolsa.
- Colocar la mascarilla con su extremo más pequeño encima de la nariz y la cavidad encima de la boca; situar el pulgar sobre la parte superior de la mascarilla; los dedos medio y anular agarran la mandíbula y el meñique se sitúa debajo del ángulo mandibular.
- Presionar para fijar y sellar la mascarilla.
- Comenzar a ventilar presionando la bolsa de O₂ con la mano dominante y dando tiempo para la espiración, a un ritmo de 12-14 insuflaciones por minuto y con un volumen de 500-600 ml.
- Si la ventilación es eficaz se puede observar el movimiento simétrico de la caja torácica y auscultarse ruidos respiratorios.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La elección del tamaño de la cánula orofaríngea es importante, si es demasiado grande desplaza la lengua hacia atrás y obstruye vía aérea, y si es demasiado corta no cumple su función.
- Comprobar que no existe contraindicación para el procedimiento (sospecha de ruptura de vía aérea, existencia de fístula traqueo-esofágica).
- Importante que el sistema esté dotado de filtro antimicrobiano antes de usarlo.
- Evitar las presiones excesivas al ventilar, ya que pueden dar lugar a broncoaspiración.
- No ventilar con el estómago lleno a menos que se trate de una emergencia; en tal caso realizar la maniobra de Sellick, que consiste en aplicar una presión firme, continua y hacia abajo, justo por debajo del cartílago cricoides, con intención de ocluir la luz esofágica e impedir la aspiración de contenido gástrico.
- Lo ideal es realizar la ventilación entre dos personas; una utiliza ambas manos para abrir vía aérea y sostener la mascarilla, y la otra realiza las insuflaciones.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Real MI, Casado MJ. Manejo de la vía aérea. En: Harcourt. Compendio de Anestesiología para Enfermería. Madrid, 2001. p. 115-128.
- Ventilación con bolsa-válvula-mascarilla (BVM). Hospital Universitario Reina Sofía. [Internet] Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2011. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ventilación asistida con resucitador manual y mascarilla. [Internet] 2013. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Ventilaci%C3%B3n_asistida_con_resucitador_manual_y_mascarilla.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813140754&ssbinary=true

OXIGENOTERAPIA CON GAFAS NASALES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cordovilla Esteban, Ana M ^a Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I OXIGENOTERAPIA CON GAFAS NASALES	Z1-NSG-PO-0118 Revisión: A Página 176 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I OXIGENOTERAPIA CON GAFAS NASALES	Z1-NSG-PO-0118 Revisión: A Página 177 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Consiste en la administración de oxígeno mediante gafas nasales a una concentración mayor de la que se encuentra en el aire ambiental.

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

ALCANCE

Población con la indicación de administración de oxígeno con gafas nasales.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Gafas nasales
- Toma de oxígeno de pared o bala de oxígeno
- Caudalímetro
- Humidificador desechable con conexión para caudalímetro
- Alargadera de oxígeno
- Guantes no estériles
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la postura más adecuada (semi-Fowler). [PO-0401](#)
- Conectar humidificador desechable en la toma de pared de oxígeno o bala y comprobar nivel de agua del humidificador.
- Conectar gafas nasales y comprobar que fluye el oxígeno.
- Ajustar la concentración de oxígeno prescrita por el facultativo en el caudalímetro.
- Introducir los vástagos de las gafas en los orificios nasales, fijándola de la forma más cómoda para el paciente, pasando el tubo por encima y por detrás de las orejas fijándolo bajo el mentón.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I OXIGENOTERAPIA CON GAFAS NASALES	Z1-NSG-PO-0118 Revisión: A Página 178 de 1152
--	--	--

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que el paciente respire por la nariz y no por la boca.
- Evitar acodaduras o fugas que impidan el flujo de oxígeno.
- Vigilar las áreas de presión (orejas y nariz) cada 24 horas para evitar la irritación y prevención de decúbitos de la mucosa.
- Limpiar y humedecer la nariz del paciente, si precisa.
- Enseñar al paciente y acompañante a humedecer periódicamente la nariz.
- Administrar volumen máximo de 2 litros por minuto. Excepto que el facultativo haya prescrito otro volumen.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I OXIGENOTERAPIA CON GAFAS NASALES	Z1-NSG-PO-0118 Revisión: A Página 179 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al Hospital General Universitario Carlos Haya. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del equilibrio ácido-base. Sección 2.
- Ballesta-López F.J, Blanes-Compañ F.V, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina M.A, Gómez-Robles F.J. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimiento%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid: Hospital La Paz; 2002.
- Alcudia-Corredor C.M, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba M.J, Álvarez-Velarde, S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo, I. et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON MASCARILLA: SIMPLE, RESERVORIO Y VENTURI

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2017	Fecha: 05/2017	Fecha: 05/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON MASCARILLA: SIMPLE, RESERVORIO Y VENTURI	Z1-NSG-PO-0119 Revisión: A Página 181 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

FiO ₂	FRACCIÓN INSPIRATORIA DE OXIGENO
l	LITROS
O ₂	OXIGENO
FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
UPP	ULCERAS POR PRESIÓN

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON MASCARILLA: SIMPLE, RESERVORIO Y VENTURI	Z1-NSG-PO-0119 Revisión: A Página 182 de 1152
---	--	--

DEFINICIÓN

Administración de oxígeno mediante diferentes dispositivos.

- *De bajo flujo:* con ellos no podemos conocer la verdadera concentración de oxígeno del aire inspirado (FiO_2), ya que depende no solo del oxígeno suministrado, sino también del volumen corriente y de la frecuencia respiratoria del paciente.
 - Gafas nasales. [PO-0117](#)
 - Mascarilla simple: el flujo administrado oscila entre 5-8 l, la FiO_2 (40% a 60%).
 - Mascarilla con reservorio: consta de una bolsa con capacidad de 700 ml. El flujo administrado es de 6/10 l y la FiO_2 oscila de 60% a 99%.
- *De alto flujo:* Permite concentraciones de oxígeno inspirado de una forma más exacta, independientemente del patrón ventilatorio del paciente.
 - Mascarilla tipo Venturi: consta de 3 partes (mascarilla, regulador de presión y tabulador). Permite niveles de FiO_2 entre 24-50% con una cantidad de 3-5 l/minuto.

OBJETIVOS

- Administrar la concentración de oxígeno prescrita de forma eficaz y segura.
- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente hospitalizado con indicación de administración de oxígeno.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Central de O_2
- Toma de O_2 de pared o bombona de O_2
- Manómetro
- Caudalímetro
- Humidificador desechable con agua destilada estéril
- Conexión al humidificador
- Alargadera de O_2
- Dispositivo elegido: mascarilla simple, mascarilla tipo Venturi o mascarilla con reservorio
- Guantes no estériles
- Pulsioxímetro

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Realizar higiene de la cavidad nasal y bucal, si fuera necesario. [PO-0801](#)
- Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la coloración de piel y mucosas.
- Observar la FR del paciente.
- Comprobar el nivel de agua del humidificador (2/3 de la capacidad total del frasco) y su conexión a la toma de O₂.
- Conectar la mascarilla al humidificador.
- Situar la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón del paciente.
- Pasar la cinta elástica por detrás de la cabeza del paciente y tirar de sus extremos hasta que la mascarilla quede bien ajustada en la cara.
- Adaptar la tira metálica al contorno de la nariz del paciente, con ello se evitan fugas hacia los ojos del paciente.
- Seleccionar en el caudalímetro el flujo de O₂ y a continuación abrir la válvula.
- En la mascarilla tipo Venturi, ajustar la FiO₂ con el regulador de la parte inferior de la mascarilla.
- En la mascarilla con reservorio, el flujo debe ser suficiente para mantener la bolsa inflada.
- Controlar regularmente que la mascarilla está en la posición adecuada.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que la concentración de O₂ administrada corresponde con la prescrita.
- Evitar acodaduras.
- Observar que no existen fugas.
- La saturación de O₂ debe de ser monitorizada después de cualquier cambio de pauta.
- Explorar el estado de ventilación del paciente, frecuencia respiratoria, tipo de respiración y si utiliza musculatura accesoria.
- Vigilar:
 - Signos de hipoxia: intranquilidad, sudoración, disminución del nivel de conciencia y coloración.
 - Signos de toxicidad: tos áspera y seca, molestias torácicas, entumecimiento de extremidades, náuseas o vómitos, letargo o inquietud.
- Observar puntos de apoyo de la mascarilla y accesorios, con el fin de prevenir heridas y UPP.
- Valorar la mucosa nasal y labial, lubricarlas si fuera necesario.

- Manipulación correcta del sistema de humidificación para evitar contaminación bacteriana.
- Eliminar la condensación acumulada en la mascarilla, si fuera necesario.
- Medidas de seguridad en el manejo de O₂:
 - Mantener el O₂ alejado de material combustible.
 - Advertir al paciente y acompañante de la prohibición de fumar y del riesgo de quemaduras.
 - Abrir el O₂ lentamente.
 - Cerrar cuando no se utilice.
 - No aproximar las botellas portátiles al fuego ni ponerlas al sol.
 - No utilizar grasa ni aceites como lubricantes.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

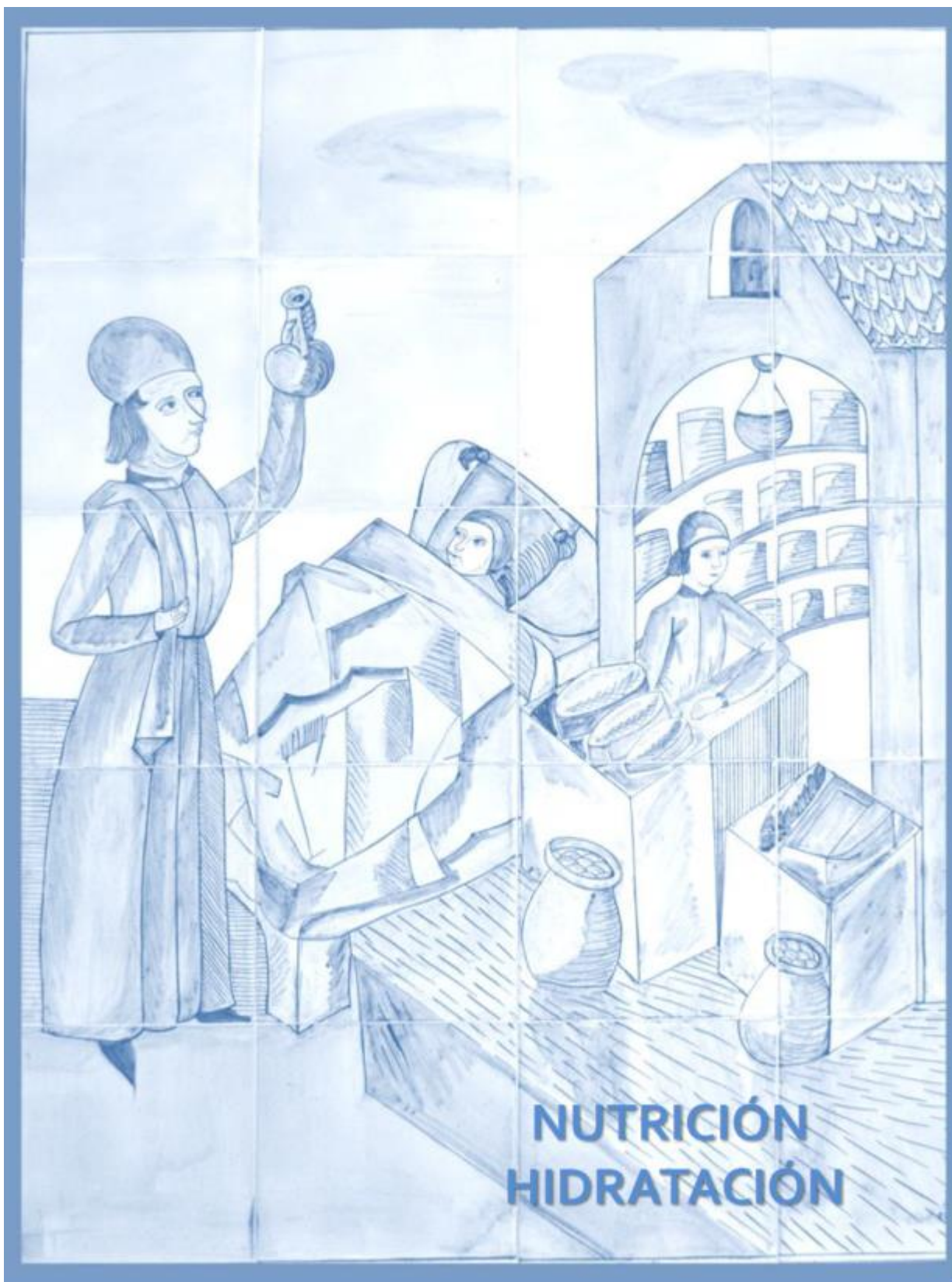
REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado (concentración de O₂, suministro utilizado, tolerancia y adaptación del paciente). Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON MASCARILLA: SIMPLE, RESERVORIO Y VENTURI	Z1-NSG-PO-0119 Revisión: A Página 185 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010 [Acceso enero 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del equilibrio ácido-base. Sección 2.
- Ballesta-López F.J, Blanes-Compañ F.V, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina M.A, Gómez-Robles F.J. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso enero 2017]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimiento%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Alcudia-Corredor C.M, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba M.J, Álvarez-Velarde, S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo, I. et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso enero 2017] [http://www.huvr.es] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.



**NUTRICIÓN
HIDRATACIÓN**

ALIMENTACIÓN POR VIA ORAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ALIMENTACIÓN POR VIA ORAL	Z1-NSG-PO-0201 Revisión: A Página 188 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Alimentación oral es el acto o proceso fisiológico de tomar o dar alimento por la boca, para conseguir un adecuado aporte nutricional.

OBJETIVO

- Proporcionar los cuidados necesarios para administrar al paciente la dieta adecuada por vía oral, según sus necesidades, situación de salud y creencias religiosas.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la administración de la dieta oral.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que no tenga contraindicada la toma de alimentos por boca.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Dieta prescrita
- Utensilios de vajilla (cubiertos, platos, vasos, etc)
- Cañitas flexibles, si no están contraindicadas
- Servilletas
- Babero
- Bandeja
- Mesa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Comprobar la dieta prescrita. Si existen alergias, patologías o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia de la dieta.
- Revisar los artículos de la bandeja, comparándolos con los de la tarjeta.
- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Proporcionar alivio adecuado al dolor antes de las comidas si es posible.
- Ayudar al paciente, si precisa, a colocarse en posición adecuada.
- Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente para su mayor comodidad.
- Dar tiempo suficiente para la ingesta.

- En pacientes, que no puedan comer sin ayuda actuaremos de la siguiente manera:
 - Administrar cantidades pequeñas, valorar masticación, deglución y fatiga.
 - Cortar la comida en trocitos pequeños.
 - Ofrecerle líquidos.
 - Estimular la ingesta creando un clima de comunicación.
- Observar y anotar la cantidad ingerida.
- Retirar la bandeja y dejarla en el lugar adecuado.
- Ayudar al paciente después de la ingesta en el lavado de manos e higiene bucal.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Valorar el uso de material desechable en situaciones de riesgo.
- Posponer la comida si el paciente estuviera con fatiga.
- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente si es posible.
- Disminuir al mínimo los factores de riesgo de broncoaspiración durante la alimentación oral, preguntando al paciente si tiene alguna dificultad para tragar y tener en cuenta estas medidas:
 - Evitar la ingesta de líquidos y utilizar espesantes.
 - Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
 - Insistir a los pacientes con hemiplejia que mastiquen por el lado no afecto.
 - Tener el equipo de aspiración disponible por si hubiera que utilizarlo.
 - Valorar la aparición de signos de dificultad como tos, disnea, etc.
 - Mantener al paciente incorporado 30 o 60 minutos después de la ingesta para evitar reflujo gastroesofágico.
 - Triturar las pastillas que tome por vía oral, antes de su administración.

REGISTRO

- Anotar en el registro de Enfermería el procedimiento realizado, firma, fecha y hora de realización.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería 2010. [Internet] Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga. [Acceso enero 2015] [visite el libro en : <http://www.carloshaya.net>] Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Generalitat, Conselleria de Sanitat, Valencia. 2007. [Acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

COLOCACIÓN DE LA Sonda **NASOGÁSTRICA**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I COLOCACIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA	Z1-NSG-PO-0202 Revisión: A Página 193 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Introducción de una sonda a través de la fosa nasal hasta el estómago, retirándose una vez que se hayan cumplido sus objetivos.

OBJETIVOS

- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicación.
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico.
- Fines diagnósticos y/o terapéuticos.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de precisar un sondaje nasogástrico.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Sonda nasogástrica adecuada según motivo de sondaje y edad/tamaño del paciente
- Tapón para la sonda
- Pinza de Kocher
- Lubricante hidrosoluble
- Vaso con agua y pajitas para sorber
- Rotulador permanente
- Jeringa de 50 ml
- Guantes no estériles
- Gasas
- Apósito para fijación de sonda o esparadrapo hipoalergénico
- Fonendoscopio
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición de Fowler. [PO-0401](#)
- Acordar con el paciente cómo indicar el malestar o el deseo de pausa en la colocación.

Introducción de la sonda

- Examinar los orificios nasales del paciente y seleccionar el que presenta mayor flujo de aire.
- Retirar prótesis dentales.
- Determinar el segmento de sonda que se debe introducir, calculando la distancia aproximada hasta el estómago, midiendo la longitud desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y desde ahí hasta la apófisis xifoides, y marcar con un rotulador permanente.
- Lubricar el extremo distal de la sonda.
- Introducir la sonda suavemente con una curvatura natural hacia el paciente a través del orificio nasal seleccionado.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia delante salvo contraindicación, e incitar a que realice el acto de tragar o beba pequeños sorbos de agua, haciendo progresar la sonda suavemente aprovechando los momentos de deglución.
- Continuar introduciendo la sonda hacia el estómago hasta que la marca de referencia quede a nivel de la nariz.
- No forzar la entrada de la sonda, si hay resistencia en las fosas nasales, cambiar de fosa nasal y si la resistencia persiste probar con sonda de menor calibre.
- Parar y animar al paciente a que respire de forma lenta y uniforme si aparecen náuseas.
- Retirar la sonda si el paciente presenta tos persistente, dificultad respiratoria y cianosis, ya que indica que se encuentra en vías respiratorias.

Comprobación de la correcta colocación de la sonda:

Hay tres métodos:

- Insuflar de 30 a 50 ml de aire a través de una jeringa conectada a la sonda y auscultar el gorgoteo producido en el estómago situando el fonendoscopio debajo del apéndice xifoides.
- Aspirar lentamente el contenido gástrico con una jeringa de 50 ml, si el líquido tiene apariencia de jugo gástrico indica que está correctamente colocada.
- Solicitar realización de radiografía para confirmar la correcta colocación de la sonda nasogástrica, si existe alguna duda o si la sonda requiere ser colocada en duodeno.

Fijación de la sonda.

- Elegir la técnica de fijación, que dependerá del estado de la piel y mucosas del paciente, siendo en la nariz la más frecuente y segura; consiste en usar unos 7 cm de esparadrapo de tela, de éstos, cortar unos 4 cm a lo largo por el centro y fijar la parte ancha en la nariz y enrollar las partes estrechas sobre la sonda. También existen unos apósitos estándar.
- Evitar que la sonda quede tirante, para ello, hacer un bucle y fijarlo con esparadrapo hipoalergénico a la mejilla.
- Colocar tapón, bolsa colectora, aspiración o nutrición, según la finalidad del sondaje.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Riesgo de lesiones mecánicas al rozar la sonda con el tubo digestivo, que pueden variar desde pequeñas erosiones hasta, más raramente, hemorragias digestivas altas e incluso perforaciones esofágicas.
- La disminución del nivel de conciencia es una contraindicación relativa por el incremento de riesgo de aspiración.
- Si está contraindicado o hay dificultad para su colocación en la posición de Fowler, se colocará al paciente en decúbito lateral izquierdo. [PO-0401](#)
- El proceso no requiere una técnica estéril pero sí mantener una higiene adecuada.

CUIDADOS DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Anotar el tipo de sonda. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Protocolo Nutrición Enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet. [Internet]. Zaragoza: Sector II. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Denia-Cortés A, González-Fernández A, López-Oliver AI, Velasco-Sánchez EM, Castillo-García M.D, et al. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.bvsspa.es/profesionales/area-enfermeria/enlaces-recomendados#protohosp>

MANTENIMIENTO DE LA Sonda **NASOGÁSTRICA**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA	Z1-NSG-PO-0203 Revisión: A Página 199 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
cm	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

Conjunto de actuaciones encaminadas a mantener la sonda introducida a través de la fosa nasal hasta el estómago.

OBJETIVOS

- Inspeccionar las fosas nasales.
- Comprobar los puntos de apoyo sobre la mucosa.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda.

ALCANCE

Dirigido a toda la población portadora de un sondaje nasogástrico.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Tapón para la sonda
- Lubricante hidrosoluble
- Vaso con agua
- Rotulador permanente
- Jeringa de 50 ml
- Guantes no estériles
- Gasas
- Apósito para fijación de sonda o esparadrapo hipoalergénico
- Jabón suave

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Observar que la marca de referencia se encuentra a nivel de la nariz y que no se ha desplazado.
- Movilizar la sonda cada 24 horas, retirándola o introduciéndola unos 2 cm con el fin de cambiar los puntos de apoyo sobre la mucosa a lo largo del tracto digestivo.
- Comprobar su correcto funcionamiento (ubicación y permeabilidad).
- Cambiar diariamente la zona de fijación para evitar decúbitos.
- Inspeccionar las fosas nasales por si se produjeran irritaciones.

- Limpiar las fosas nasales diariamente.
- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con agua tibia y jabón suave aclarando y secando posteriormente.
- Aplicar lubricante en la fosa nasal si presenta sequedad o costras.
- Higiene bucal diaria y mantener los labios hidratados.
- El cambio de sonda varía según el material; cada 7-14 días para las sondas de polietileno, cada 2-3 meses para las de poliuretano y cada 3-6 meses para las de silicona, intercambiando los orificios nasales.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El proceso requiere mantener una higiene adecuada.
- En caso de obstrucción utilizar agua tibia para permeabilizar la sonda.

CUIDADOS DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA	Z1-NSG-PO-0203 Revisión: A Página 202 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, 2012. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Protocolo Nutrición Enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet. [Internet]. Zaragoza: Sector II. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Denia-Cortés A, González-Fernández A, López-Oliver AI, Velasco-Sánchez EM, Castillo-García M.D, et al. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.bvsspa.es/profesionales/area-enfermeria/enlaces-recomendados#protohosp>

RETIRADA DE LA Sonda **NASOGÁSTRICA**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2016	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Extracción de una sonda nasogástrica, bien porque se ha obstruido o porque ya no es necesaria.

OBJETIVOS

- Retirar la sonda nasogástrica de forma segura para el paciente.

ALCANCE

Dirigida a toda población que lleva una sonda nasogástrica y precisa su retirada.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Protector absorbente
- Gasas no estériles
- Guantes no estériles
- Tapón de sonda
- Bolsa de residuos

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler para evitar la aspiración de contenido gástrico. [PO-0401](#)
- Colocar el protector absorbente alrededor del tórax del paciente para recoger cualquier secreción mucosa o gástrica de la sonda.
- Desconectar antes de la retirada de la sonda si está conectada a un sistema de aspiración.
- Pinzar y taponar la sonda para evitar que el contenido gástrico que quede en la sonda al retirarla entre en la vía respiratoria.
- Retirar la fijación de la sonda.
- Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido sin forzar la salida de la sonda.
- Colocar la sonda en la bolsa de residuos verificando que la sonda está intacta.

- Efectuar higiene de fosas nasales y de boca.
- Mantener al paciente en posición Fowler, al menos durante 30 minutos para prevenir aspiración. [PO-0401](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Valorar posibles alteraciones gastrointestinales como náuseas y/o vómitos según la distensión abdominal, durante las primeras 24 horas tras retirada de la sonda.
- Evitar posibles complicaciones como la broncoaspiración de líquido contenido en la sonda si está mal pinzada al retirarla.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010 [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Protocolo Nutrición Enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet. [Internet]. Zaragoza: Sector II. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Denia-Cortés A, González-Fernández A, López-Oliver AI, Velasco-Sánchez EM, Castillo-García M.D, et al. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. [Acceso enero 2015] Disponible en:
<http://www.bvsspa.es/profesionales/area-enfermeria/enlaces-recomendados#protohosp>

MANTENIMIENTO DE LA GASTROSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0205 Revisión: A Página 209 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para el cuidado de un paciente portador de una sonda por gastrostomía.

Gastrostomía: Consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación a nivel gástrico. Indicada en pacientes que precisen nutrición enteral prolongada o cuando la vía oral presente una patología que impida el paso de alimento a través de ella.

OBJETIVOS

- Mantener la permeabilidad de la enterostomía.
- Mantener la enterostomía en buenas condiciones de higiene.
- Mantener limpia e íntegra la piel periestomal.
- Facilitar la rehabilitación del paciente.
- Enseñar al paciente, familia/cuidador los cuidados de la enterostomía.

ALCANCE

Dirigido a toda la población portadora de una sonda por gastrostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Carro de curas
- Equipo de cura
- Gasas no estériles
- Gasas estériles
- Antiséptico
- Jeringa de 50 ml
- Agua
- Protector absorbente
- Jabón neutro y agua
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

- Colocar al paciente en la posición adecuada, decúbito supino o posición de Fowler excepto contraindicaciones. [PO-0401](#)
- Comprobar diariamente, si no hay contraindicación, que la sonda de la gastrostomía está permeable y sin residuos adheridos, insuflando 50 ml de agua. (Realizar en posición de Fowler). [PO-0401](#)
- Comprobar diariamente que la piel periestomal no presenta irritación, inflamación o secreción.
- Mantener el estoma limpio y seco.
- Lavar diariamente con agua tibia y jabón, limpiar la zona alrededor del estoma desde la sonda hacia fuera con movimientos circulares.
- Secar estoma y zona circundante.
- Girar la sonda 360º cada día para evitar que se adhiera a la piel.
- Durante los primeros 15 días, aplicar después del lavado una solución antiséptica y un apósito estéril.
- Si existe soporte externo, debe apoyar directamente sobre la piel sin ejercer presión y debe girarse al menos una vez cada 24 horas para cambiar la superficie de roce.
- Fijar la parte exterior de la sonda con un esparadrapo hipoalergénico para evitar acodamientos y reducir la presión.
- Limpiar las vías de entrada de la sonda con agua y una gasa.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar el estado tanto físico como psicológico del paciente, para, en caso necesario, proporcionar la ayuda requerida.
- Comenzar la educación del paciente y sus cuidadores sobre los cuidados necesarios.
- Observar el color y signos de lesiones y exudados.
- En caso de infección de la herida quirúrgica, comunicarlo al facultativo.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.
- Registro del cambio de sonda.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo Nutrición enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet. [Internet]. Zaragoza: Sector II. [Acceso enero 2015]. Disponible en: http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Denia-Cortés A, González-Fernández A, López-Oliver AI, Velasco-Sánchez EM, Castillo-García M.D, et al. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. [Acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.bvsspa.es/profesionales/area-enfermeria/enlaces-recomendados#protohosp>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila O-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso enero 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Documentación de enfermería. Sondaje nasogástrico. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Sondaje+nasog%C3%A1strico.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946215&ssbinary=true>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso enero 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 12/2016	Fecha: 12/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0206 Revisión: A Página 214 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
SNG	SONDA NASOGÁSTRICA

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0206 Revisión: A Página 215 de 1152
---	---	--

DEFINICIÓN

La Nutrición Enteral es la técnica de aporte nutricional por la cual se administran sustancias nutritivas, directamente en el aparato digestivo, a través de una sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía.

Se utiliza cuando existe algún tipo de dificultad para la normal ingestión de los alimentos por la boca y siempre que el aparato digestivo conserve la capacidad de absorción y digestión.

OBJETIVOS

- Conseguir un estado nutricional adecuado.
- Administrar con seguridad la alimentación a través de SNG o gastrostomía.
- Prevenir complicaciones derivadas de la nutrición enteral.
- Enseñar al paciente y familia la administración de la nutrición.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que debe recibir un aporte nutricional directamente en el aparato digestivo, a través de una SNG o gastrostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Fonendoscopio
- Agua
- Bomba de perfusión de nutrición enteral
- Bolsa para administración de nutrición enteral
- 2 Jeringas de 50 ml
- Guantes no estériles
- Preparado de nutrición enteral
- Sistema de nutrición enteral
- Tapón para la sonda nasogástrica
- Babero
- Protector absorbente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0206 Revisión: A Página 216 de 1152
---	---	---

- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Comprobar la correcta colocación de la SNG y su permeabilidad antes de cada toma.
- Comprobación de la tolerancia antes de cada toma, verificando que el residuo no sea superior a 150 ml en pacientes adultos (volver a introducir el residuo).
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler. [PO-0401](#)

Administración intermitente en bolo:

- Utilizar jeringas de 50 ml.
- Irrigar la SNG o gastrostomía con 50 ml de agua.
- Aspirar la fórmula con la jeringa.
- Conectar la jeringa a la sonda.
- Presionar el émbolo lentamente. La velocidad de administración no debe ser superior a 20 ml por minuto.
- Lavar la SNG o gastrostomía al finalizar con 50 ml de agua.
- Pinzar la sonda.
- Dejar al paciente limpio, en posición Fowler o semi-Fowler, [PO-0401](#) con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Administración perfusión continua por bomba:

- Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la SNG o gastrostomía y programar el ritmo.
- Comprobar tolerancia cada 4-8 horas o cambio de botella.
- Lavar la SNG o gastrostomía con agua cada 8 horas con 50 ml de agua y siempre que se administre medicación o cambio de botella.
- Cambiar sistema y bolsa de alimentación cada 24 horas.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente limpio, en posición Fowler o semi-Fowler, [PO-0401](#) con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0206 Revisión: A Página 217 de 1152
--	---	---

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- El proceso no requiere una técnica estéril pero sí mantener una higiene adecuada.
- Realizar higiene bucal para evitar posibles irritaciones.
- Se utiliza siempre que exista alguna dificultad en la ingesta oral en pacientes con funcionamiento correcto del intestino.
- Mantener las fórmulas nutricionales en lugar seco, no expuestas al sol y a temperatura ambiente.
- Las fórmulas una vez abiertas o preparadas:
 - Si se encuentran a temperatura ambiente se habrán de consumir en un período máximo e inmediato de 6 horas.
 - Si no se va a consumir en las próximas 6 horas, el volumen sobrante deberá refrigerarse; previamente se tapaná y marcará con fecha y hora en que fue abierto. Al cabo de 24 horas se desechará.
- Vigilar la aparición de complicaciones:
 - Aumento de residuo gástrico: En pacientes con la motilidad gastrointestinal dudosa, la valoración del residuo gástrico se debe realizar cada 4 horas. Si es superior a 150 ml, la nutrición debe ser revisada.
 - Obstrucción de la Sonda: Enjuague la sonda con agua tibia.
 - Diarrea.
 - Estreñimiento.
 - Distensión abdominal.
 - Vómitos. Regurgitación.
 - Síndrome de dumping.
 - Colonización traqueal.
 - Broncoaspiración: Verificar la posición de la sonda y avisar al médico.
 - Peritonitis.
 - Contaminación de la fórmula por mala manipulación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.
- Registro del cambio del dispositivo.
- Registro de las posibles lesiones en la zona periostomal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA/GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0206 Revisión: A Página 218 de 1152
--	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo Nutrición enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet. [Internet]. Zaragoza: Sector II. [Acceso enero 2015]. Disponible en: http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso enero 2015]. Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Delgado-Mingorance ME, García-Trallero O, Gomá-Fernandez G. Primera edición. Barcelona; Ediciones Rol SA; Procedimientos y Técnicas de enfermería.2006

CUIDADO Y MANEJO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

NPT	NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
NPC	NUTRICIÓN PARENTERAL CENTRAL
NPP	NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA
mOsm/l	OSMOLARIDAD POR LITRO
Nº Hª Ca	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
Tª	TEMPERATURA
%	PORCENTAJE

DEFINICIÓN

La nutrición parenteral (NP) es la técnica de alimentación que permite aportar nutrientes por vía venosa (carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua), en pacientes que son incapaces de alcanzar los requerimientos nutricionales por vía enteral, o en los cuales no se puede utilizar con seguridad el tracto gastrointestinal.

Puede administrarse por vía central o periférica:

- Nutrición Parenteral Central (NPC): Es la forma de administración más frecuente, ya que permite aportar todos los nutrientes que el paciente necesita. Se administra por vía central cuando la osmolaridad es superior a 700-800 mOsm/l.
- Nutrición Parenteral Periférica (NPP): Es la que se administra por una vía periférica, cuando la osmolaridad es menor de 700-800 mOsm/l.

En este procedimiento nos referiremos a la NPT por vía central.

OBJETIVOS

- Administrar de forma correcta y segura la Nutrición Parenteral por vía intravenosa.
- Establecer las medidas necesarias para un correcto desarrollo del proceso que eviten posibles complicaciones.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado susceptible de necesitar nutrición parenteral.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Bolsa de nutrición enviada desde el servicio de farmacia
- Equipo de infusión
- Filtro para nutriciones parenterales
- Bomba de infusión
- Soporte para bomba
- Mascarillas
- 1 Paño estéril
- Guantes
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Esparadrapo
- Antiséptico clorhexidina o povidona yodada

EJECUCIÓN

Preparación del material

- Antes de iniciar la NPT realizar control radiológico del catéter para comprobar su correcta ubicación, manteniendo la vía con la perfusión de un suero.
- Previo al inicio, 30/60 minutos antes de iniciar la NPT, sacar la bolsa de nutrición de la nevera y dejarla a temperatura ambiente, alejada de toda fuente de calor sobre una superficie limpia, manteniendo la bolsa protectora.
- Identificar la bolsa de nutrición (identificación del paciente, número de H^aC^a, fecha de preparación y administración).
- Comprobar el volumen y la composición de la NPT corresponden con la prescripción facultativa.
- Observar que la mezcla no presenta niveles con distinta coloración, ni partículas flotantes.
- Colocar la mascarilla de protección (cubriendo correctamente boca y nariz).
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocar paño estéril.
- Retirar cuidadosamente la bolsa protectora de la nutrición a infundir.
- Colgar la nutrición del soporte.
- Abrir el equipo de infusión y la alargadera con el filtro de NPT.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Purgar el equipo de infusión añadiendo la alargadera con el filtro de nutrición. Realizar esta maniobra lentamente para evitar que se formen burbujas.
- Aplicar sobre las conexiones del equipo de infusión antiséptico (Clorhexidina ó povidona yodada) mediante una gasa estéril.
- Cubrir con gasa estéril seca todas las conexiones (catéter, filtro, set de infusión, bolsa)

Preparación del paciente

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Limpiar con antiséptico la conexión al catéter venoso.
- Insertar el equipo en la bomba y programar: Volumen y ritmo de infusión indicado.
- Iniciar infusión.
- Desechar material fungible.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

En relación a la nutrición:

- Las NP tricamerales comercializadas (Kabiven®, Smofkabiven®,) se podrán conservar a temperatura ambiente en su embalaje original. En el momento de la administración se mezclarán sus componentes, teniendo una estabilidad después de mezclarla de 24 horas a T^a ambiente.

- Administrar la NP a temperatura ambiente y en un máximo de 24 horas, descartar lo que no se haya administrado.
- No añadir aditivos ni medicamentos a las bolsas de NP.
- Nunca acelerar o enlentecer la velocidad de perfusión en más de un 10% ya que puede ocasionar hiperglucemias o hipoglucemias.
- Cambiar todo el sistema Si se contamina alguna parte del equipo o hay fugas.
- En caso de terminar la NP antes del horario previsto poner glucosa al 10% al mismo ritmo de infusión para evitar la hipoglucemia y avisar al facultativo.
- Si un paciente con NP es trasladado a otra planta, enviar la NP para que se le siga administrando.
- Las NP tienen una estabilidad de 4 días en nevera más 1 día a temperatura ambiente (para la administración). Por lo tanto, si una NP no se le administra un día a un paciente, se podrá administrar dentro del periodo de estabilidad en caso necesario, si no, será devuelta al Servicio de Farmacia.
- Cambiar las bolsas todos los días aproximadamente a la misma hora y desechar lo que no se administre.
- Cambiar los sistemas de infusión cada 24 horas.
- Observar la posible aparición de signos de infección y/o trombosis y comunicarlos al facultativo.
- La manipulación del catéter para NP requiere estrictas normas de asepsia.
- La conexión se debe mantener aislada y estéril.
- Si la vía central tiene varias luces, una de ellas debe tener un uso exclusivo para la NP.
- Conservar la bolsa de nutrición en la nevera hasta que vaya a ser utilizada.

Respecto al paciente

- Vigilar la situación hemodinámica, diuresis, edemas.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia.
- Realizar glucosurias y glucemias pautadas.
- Realizar balance hídrico con la frecuencia indicada en cada caso.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla o utilizar el contenedor identificado.
- Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Fecha y hora del inicio de la NP y persona que lo realiza, así como los cambios de bolsa en los días sucesivos.
- Registrar ritmo de infusión y volumen total a administrar.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez I, Sirvent M, Calvo MV, Martínez-Vázquez MJ, Vázquez A, Gomis P, et al. Estándares de práctica del farmacéutico de hospital en el soporte nutricional especializado: Desarrollo y criterios de evaluación. Proceso 6: Administración. Farm Hosp. 2009; 33 (Supl 1): 51-7.
- Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria de la SENPE. Nutrición Parenteral. Paciente con catéter externo y administración cíclica. [Internet]. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
[https://nadya-senpees.sserver.es/pdf/Cateter-venoso-central\(Tunelizados\)_vGRINICH.PDF](https://nadya-senpees.sserver.es/pdf/Cateter-venoso-central(Tunelizados)_vGRINICH.PDF)
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf



ELIMINACIÓN

COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DE DRENAJE PLEURAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DE DRENAJE PLEURAL	Z1-NSG-PO-0301 Revisión: A Página 227 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
cm	CENTÍMETROS
SCDT	SISTEMA CERRADO DE DRENAJE TORÁCICO

DEFINICIÓN

Conjunto de actuaciones encaminadas a la colocación y mantenimiento de un drenaje torácico.

El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo, restaurando así la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar.

OBJETIVOS

- Facilitar la salida de líquido, sangre y/o aire del espacio pleural o el mediastino.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural mediante el uso de un sello de agua.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural.
- Promover la reexpansión del pulmón colapsado mejorando su ventilación y perfusión.
- Aliviar la dificultad respiratoria asociada con el colapso pulmonar.

ALCANCE

Pacientes ingresados que, por su patología, precisen un drenaje pleural.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

Material necesario para la colocación de un tubo de tórax o de Pleurocath®

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Aguja intramuscular y subcutánea
- Dos jeringas de 10ml
- Anestésico local
- Antiséptico homologado (povidona yodada 10% o clorhexidina acuosa al 2%)
- Gasas y compresas estériles
- Paños estériles (3)
- Bata estéril, gorro, gafas y mascarilla quirúrgica
- Catéter intravenoso nº 18
- Seda para sutura con aguja
- Hoja de bisturí, tijeras de disección y paquete de curas
- Dos pinzas tipo kocher protegidas
- Colector de drenaje
- Toma de vacío

- Conexión bicónica
- Batea
- Jeringas de 50cc (una de cono ancho y otra de cono estrecho)
- Tubos de Tórax del 20 (amarillo), del 24 (azul) y del 28 (verde) o el Set de Pleurocath® estéril, según prescripción facultativa
- Esparadrapo
- Agua estéril
- Bidas o abrazaderas de sujeción

Cura y mantenimiento:

- Guantes desechables
- Guantes estériles
- Suero fisiológico estéril
- Gasas y apósitos estériles
- Antiséptico homologado (povidona yodada al 10% ó Clorhexidina acuosa al 2%)
- Esparadrapo
- Agua estéril
- Tijeras
- Batea

Cambio del colector:

- Guantes desechables
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Dos pinzas de kocher, con los dientes protegidos
- Dispositivo mecánico colector
- Agua estéril
- Batea
- Bidas o abrazaderas de sujeción

EJECUCIÓN

Preparación del sistema

- Rellenar el recipiente de sello de agua: Llenar siempre con agua estéril hasta el nivel prescrito de (-) 2cm con lo que se crea un sistema de válvula unidireccional que permite el drenaje, pero no el retorno o la entrada de aire exterior en la cavidad torácica.
- Preparar la cámara de Control de Aspiración:



- Unidad húmeda: Rellenar de agua estéril siempre que se desee añadir una presión negativa mediante aspiración.



- Unidad seca: como el modelo Pleurevac A-6002-08 utilizado en la actualidad en nuestro hospital, no será necesario realizar este paso pues vienen preparados para aplicar presión negativa sin necesidad de agua mediante un manómetro con escala numérica que nos determina la presión negativa ejercida.
- Colocar el sistema en el soporte de pie o colgado de la cama

Colocación del drenaje torácico

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Tranquilizar al paciente.
- Colocar al paciente en posición según el lugar de inserción del drenaje.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar la zona con antiséptico.
- Preparar la premedicación anestésica.
- Asistir al facultativo durante la inserción del drenaje.
- Una vez hecha la toracostomía, conectar el tubo al colector y ajustar las presiones.
- Si el drenaje es bajo aspiración:
 - Hacer una valoración de la fuga de aire y oscilaciones.
 - Conectar el tubo de la cámara bajo sello de agua a la fuente de aspiración externa, o abrir dicha aspiración hasta observar un burbujeo suave y constante en la cámara de control de aspiración llenada previamente hasta el nivel de presión negativa que se desea aplicar al espacio pleural.
 - Si el SCDT es seco, se comprobará el flotador o fuelle y su expansión correcta. Si se deja a gravedad, la conexión a aspiración o tubo corto, se dejará al aire en contacto con la atmósfera.
- Colocar apósito oclusivo estéril en el lugar de inserción.
- Fijar el tubo de drenaje o tubo largo, al costado del paciente.
- Registrar los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora.
- Marcar el nivel original de débito y vigilar la velocidad de drenaje para evitar una salida masiva de fluido.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Cura del drenaje

- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Retirar el apósito y desechar los guantes
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar la zona de inserción del drenaje con suero fisiológico, con movimientos circulares y/o semicirculares de dentro hacia afuera.
- Secar del mismo modo, con gasa estéril.
- Aplicar el antiséptico con la misma técnica de limpieza.
- Colocar 2 compresas de gasa estériles enrolladas en el punto de inserción por debajo del drenaje.
- Dirigir el tubo hacia la parte anterior del tórax.
- Colocar 1 compresa de gasa estéril encima del tubo.
- Fijar con esparadrapo, evitando colocarlo encima de la conexión del tubo con el dispositivo colector.

Cambio de sistema colector:

- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Preparar el dispositivo colector según lo especificado anteriormente.
- Retirar aspiración del colector, si la tuviera.
- Pinzar el tubo con las pinzas protegidas en paralelo y en sentido contrario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Desconectar el tubo de tórax.
- Conectar el nuevo dispositivo colector.
- Fijar conexiones con bridas.
- Retirar las pinzas.
- Comprobar permeabilidad del tubo de tórax.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Cuidados post-implante

- Mantener al enfermo en posición semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Oclusión del punto de punción con compresas o apósito pleural estéril, procurando que el tubo quede hacia delante, para evitar acodamientos.
- Control radiológico.
- Conexión a la toma de vacío si fuera necesario.
- Vigilar el punto de fijación del drenaje para evitar que éste se salga.
- Evitar tracciones y acodamientos con las movilizaciones del paciente.
- Tener a mano dos pinzas de "clamp" por si se produce cualquier desconexión.

Cuidados diarios y por turno

- Revisar las conexiones entre el tubo de drenaje y el Pleur-evac®
- Vigilar cámara de sello de agua, oscilación y/o burbujeo.
- Vigilar la permeabilidad del tubo: Puede obstruirse o acodarse.
- Mantener siempre el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente.
- Vigilar las constantes, signos y síntomas del paciente.

Cura diaria de la zona de punción, vigilando:

- La aparición de signos de infección, edema, exudado y crepitación.
- La presencia de enfisema subcutáneo.
- Evitar los acodamientos o compresión al colocar los esparadrapos, por lo que la orientación del drenaje será hacia delante.
- Vigilar el punto de fijación del drenaje para evitar que éste se salga.
- Evitar tracciones y acodamientos con las movilizaciones del paciente o en los traslados.
- Atender las necesidades de aseo, movilización y confort del paciente.
- Tener disponibles dos pinzas de "clamp" por si se produce cualquier desconexión.

El tubo de tórax no debe pinzarse en ningún caso, excepto:

- Cuando se cambie la unidad de drenaje.
- Para intentar localizar una fuga aérea.
- Para valorar la retirada del tubo.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso, marcando en la cámara de recogida el nivel. Firma del personal.
- Registrar medición del débito, ya sea aéreo o líquido por el tubo.
- Control cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Avilés-Serrano M, García-Díaz M, Jiménez-García E, Latorre-Marco A, Martínez-Álvarez A, Pellús-Pardines A, Ramos-Vázquez R. Drenaje torácico. Rev ROL Enf 2007; 30 (6): 442-448.
- Merino-Peralta A, Herranz-Dorremocha A. Dispositivos de drenaje pleural permanente tras cirugía torácica. Rev. ROL Enf. 2009; 32 (5): 341-344.
- Molina-Hinojosa JC, Auguet-Quintillá T, Olona-Cabses M, Aguilar-Bargalló X, Veloso-Esteban S, Richart-Jurado C. ¿Es necesaria la práctica sistemática de radiografía de tórax postoracocentesis? Rev Clin Esp 2003; 203 (3):125-8.
- Documentación de enfermería. Drenaje torácico. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Drenaje+tor%C3%A1cico.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145387&ssbinary=true>

RETIRADA DEL DRENAJE PLEURAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DEL DRENAJE PLEURAL	Z1-NSG-PO-0302 Revisión: A Página 235 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DEL DRENAJE PLEURAL	Z1-NSG-PO-0302 Revisión: A Página 236 de 1152
---	--	---

DEFINICIÓN

Técnica que pretende retirar el drenaje de la cavidad pleural una vez eliminada la presencia anómala de aire o líquido excesivo y restaurando así la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar.

OBJETIVOS

- Retirar los tubos de drenaje torácico cuando el drenado haya disminuido hasta una cantidad mínima o nula y las fluctuaciones en la cámara de sello de agua hayan cesado.

ALCANCE

Pacientes ingresados portadores de un drenaje pleural.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

Material necesario para la retirada de un tubo de tórax o de Pleurocath®.

- Agua y jabón
- Protector absorbente
- Antiséptico
- Guantes no estériles
- Guantes estériles, bata, gorro y mascarillas estériles
- Paños (3)
- Gasas
- Vaselina
- Equipo de cura:
 - Hoja de bisturí
 - Pinza de Kocher sin dientes
 - Pinza de disección,
 - 2 mosquitos,
 - Porta-agujas
 - Tijeras estériles
 - Seda con aguja para coser
 - Esparadrapo

	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DEL DRENAJE PLEURAL	Z1-NSG-PO-0302 Revisión: A Página 237 de 1152
---	--	---

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes no estériles. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler o acostado sobre el lado opuesto al catéter. [PO-0401](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Preparar un apósito oclusivo con vaselina.
- Retirar el punto de sutura de la piel.
- Pedir al paciente que haga una espiración forzada en el momento de retirar el tubo.
- Aplicar el apósito sobre la herida una vez retirado el catéter y fijarlo con una venda elástica.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Cuidados tras la retirada del drenaje:
 - Controlar cada 15 minutos la respiración del paciente, durante la primera hora.
 - Comprobar si aparecen signos que indique que el paciente pueda presentar un neumotórax secundario a la retirada del drenaje: respiraciones rápidas ó dificultosas, dolor torácico y descenso de los sonidos respiratorios a la auscultación. Avisar al facultativo si aparecen estos síntomas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DEL DRENAJE PLEURAL	Z1-NSG-PO-0302 Revisión: A Página 238 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Avilés-Serrano M, García-Díaz M, Jiménez-García E, Latorre-Marco A, Martínez-Álvarez A, Pellús-Pardines A, Ramos-Vázquez R. Drenaje torácico. Rev ROL Enf 2007;30 (6): 442-448.
- Merino-Peralta A, Herranz-Dorremocha A. Dispositivos de drenaje pleural permanente tras cirugía torácica. Rev. ROL Enf. 2009; 32 (5): 341-344.
- Molina-Hinojosa J.C, Auguet-Quintillá T, Olona-Cabres M, Aguilar-Bargalló X, Veloso-Esteban S, Richart-Jurado C. ¿Es necesaria la práctica sistemática de radiografía de tórax postoracocentesis? Rev Clin Esp 2003; 203 (3): 125-8.
- Andicoberry-Martínez MJ, Marín-Barnuevo-Fabo MC, Martínez-Puerta D, García-Sánchez V, Lázaro-Castañer MC. Atención de Enfermería al paciente con drenaje torácico [Internet]. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. [Acceso 17 marzo 2016] Disponible en:
http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/atencion_de_enfermeria_drenaje_toracico.pdf
- Drenaje torácico: preparación y cuidados. [Internet]. [Acceso julio 2016] Disponible en:
http://www.hulp.es/web_enfermeria/drtorax.htm
- Documentación de enfermería. Drenaje torácico [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Drenaje+tor%C3%A1cico.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145387&ssbinary=true>

MANTENIMIENTO DEL DRENAJE QUIRÚRGICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DEL DRENAJE QUIRÚRGICO	Z1-NSG-PO-0303 Revisión: A Página 240 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
V.A.C.	TERAPIA DE SISTEMA DE VACÍO

DEFINICIÓN

Todo tipo de maniobra y material destinado a la evacuación o derivación de una secreción, normal o patológica, desde una cavidad o víscera hacia el exterior.

Tipos de drenajes

- *Drenajes sencillos*: Mecanismo de acción pasivo (de caucho, látex o silicona). Actúan por capilaridad o caída libre, y son frecuentemente usados en cirugía abdominal
 - Tira de gasa hidrófila
 - Drenaje en cigarrillo
 - Penrose
 - Drenaje de Mickulicz
 - Drenaje PigTail
 - Jackson-Pratt®
 - Drenaje de tejadillo
 - Drenaje en T o Kehr
- *Drenajes aspirativos*: Mecanismo de acción activo. Actúan por aspiración (con vacío incorporado o conectados a un aspirador)
 - Drenaje de fuelle
 - Drenaje con vacío "Redón"
 - Jackson-Pratt® o Blake
 - Terapia de Sistema de Vacío (V.A.C.)
 - Pleur-Evac®

OBJETIVOS

- Eliminar la acumulación de líquidos.
- Prevenir la formación de hematomas y seromas.
- Reducir la contaminación de las heridas.
- Reducir el dolor postoperatorio.
- Conseguir la obliteración de espacios muertos.
- Minimizar las cicatrices.
- Evitar fugas de conductos secretores.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente susceptible de portar un drenaje quirúrgico.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes desechables
- Guantes estériles
- Suero fisiológico estéril
- Gasas y apósitos estériles
- Antiséptico homologado (povidona yodada al 10% ó Clorhexidina acuosa al 2%)
- Esparadrapo
- Equipo de curas
- Bisturí
- Apósitos
- Bolsas de drenaje
- Sistemas de drenaje estéril [ANEXO 0303-I](#)
- Soportes para el drenaje
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Cuidados de enfermería en pacientes con drenajes quirúrgicos.

- Realizar una cura estéril periódicamente de la zona de inserción para evitar la infección de la piel.
- Realizar lavados con suero fisiológico estéril, si está indicado, a través del drenaje para evitar obstrucciones.
- Vigilar que el dispositivo colector esté siempre situado por debajo de la altura del punto de inserción del drenaje para evitar reflujos.
- Evitar los tirones al monitorizar al paciente, que pueden conllevar fallos en el funcionamiento del drenaje.
- Evitar, en el drenaje Kehr, el contacto del líquido drenado con la piel del paciente; la bilis es muy irritante.

Cambio de dispositivo

- Redón
 - Pinzar el tubo proximal que conecta el drenaje con la herida quirúrgica.
 - Desconectar el sistema de drenaje.
 - Cambiar el colector restableciendo el vacío, para evitar la pérdida de efectividad y capacidad de aspiración.
 - Conectar un nuevo sistema de drenaje.
 - Abrir las pinzas de seguridad del sistema.
 - Comprobar la aspiración.
- Jackson-Pratt® o Blake
 - Vaciar el contenido y restablecer la aspiración comprimiendo el drenaje.
- Penrose
 - Realizar cura aséptica y cambiar el drenaje cuando se requiera.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la zona de inserción y fijación del drenaje y la posible aparición de hemorragias e infecciones.
- Vigilar los cambios significativos en la calidad y cantidad del débito.
- Vigilar siempre que el sistema de drenaje con aspiración mantiene el vacío.
- Vigilar que el tubo del sistema de drenaje no se acode en ninguna parte.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

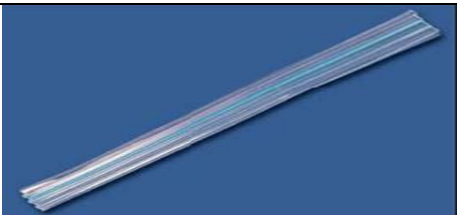
- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DEL DRENAJE QUIRÚRGICO	Z1-NSG-PO-0303 Revisión: A Página 244 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- "Prophylactic Drainage in Gastrointestinal Surgery: A systematic review and metaanalyses. [Internet]. [Acceso julio 2016] Disponible en:
https://scholar.google.es/scholar?q=%E2%80%A2+%E2%80%9CProphylactic+Drainage+in+Gastrointestinal+Surgery:+A+systematic+review+and+meta+analysis&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwjtpZK6-4PAhVDVxoKHRN2BC0QgQMIHTAA
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Santiago y Miras AM. Drenajes. [Internet]. Curso 2004/2005. [Acceso julio 2016] Disponible en:
<http://www.aibarra.org/apuntes/medico-quirurgica/DRENAJES.pdf>
- Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Control y cuidado de drenajes Quirúrgicos. [Internet]. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd9_control_cuidado_drenajes_quirurgicos.pdf

ANEXO 0303-I

DRENAJE	FIGURA
GASA SIMPLE, MÚLTIPLE MIKCULITZ	
PENROSE	
TEJADILLO	
T DE KHER	
FUELLE	

REDÓN



**APARATO DE ASPIRACIÓN,
COLECTOR Y
APÓSITO DE VAC**



CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE PARACENTESIS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha:02/2017	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE PARACENTESIS	Z1-NSG-PO-0304 Revisión: A Página 248 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
TA	TENSION ARTERIAL
IM	INTRAMUSCULAR
SC	SUBCUTÁNEA
IV	INTRAVENOSA

DEFINICIÓN

La paracentesis consiste en la punción percutánea de la cavidad abdominal para obtener líquido peritoneal.

OBJETIVOS

- Colaborar con el facultativo en la realización de la paracentesis.
- Fines diagnósticos: obtener una pequeña muestra de líquido acumulado en la cavidad peritoneal para su estudio macroscópico y de laboratorio (análisis bioquímico, citológico y microbiológico).
- Fines terapéuticos: drenar líquido acumulado en exceso dentro de la cavidad peritoneal, para disminuir la compresión abdominal y mejorar los trastornos circulatorios derivados de la ascitis.

ALCANCE

Pacientes ingresados en el hospital a los que se les va a realizar una paracentesis.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Equipo de cura
- Paño estéril
- Paño fenestrado estéril
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Apósito estéril 6x7
- Antiséptico de povidona yodada
- 2 jeringas de 5 ml
- 2 jeringas de 20 ml
- Aguja IM
- Aguja SC
- 2 agujas IV
- Abbocath 14G
- Llave de tres pasos
- Tubos para toma de muestras (Anexo I)
- 2 ampollas suero fisiológico 10 ml
- 2 ampollas de mepivacaína 10 ml
- Equipo de gotero
- 2 copas de orina

Existe la opción de utilizar un kit específico de paracentesis que incluye varios de estos materiales.



- Bolsa colectora de 8 litros
- Jeringas de 50 ml
- Abbocath 14G
- Equipo de gotero
- Llave de tres pasos

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y al acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Pedir al paciente que vacíe la vejiga antes del procedimiento.
- Tomar constantes vitales, en paracentesis terapéutica.
- Medir perímetro abdominal, en la paracentesis terapéutica.
- Colocar al paciente en la posición adecuada. Posición decúbito supino ligeramente lateralizado hacia la izquierda con elevación del cabecero 30-45°, según tolerancia del paciente.
- Preparar los tubos para la recogida de muestras. [ANEXO1608-II](#)
- Preparar el campo estéril con todo lo necesario.
- Descubrir el abdomen y aplicar antiséptico en la zona de punción con movimientos circulares del centro a la periferia:
 - Hipogastrio izquierdo y lateral al recto anterior.
 - Punto de unión de los dos tercios internos con el tercio externo de la línea imaginaria que une el ombligo con la cresta iliaca izquierda.
- Dejar secar.
- Proporcionar al facultativo el material que necesite durante el desarrollo del procedimiento:
 - El facultativo realiza una punción con abbocath 14G conectado a la llave de tres pasos y ésta a una jeringa de 20 ml.
 - Aspirar líquido peritoneal.
 - Verter en los frascos para muestras.
 - Conectar equipo de gotero a la llave de tres pasos.
 - Cortar el extremo del equipo de gotero con la tijera e introducir en una de las copas de orina, para que recoja por gravedad, el drenaje de líquido ascítico que se produzca.
- Si la paracentesis es evacuadora (terapéutica), controlar que el drenado del líquido sea lento y continuo.
- Controlar las constantes vitales durante y al finalizar la paracentesis, si es terapéutica.

- En la paracentesis evacuadora medir la cantidad de líquido extraído y el perímetro abdominal tras la evacuación.
- Tras la retirada del catéter aplicar antiséptico y colocar el apósito estéril sobre la zona de punción.
- En paracentesis evacuadora (terapéutica), mantener al paciente en cama durante una hora aproximadamente, en decúbito lateral derecho, iniciando la deambulación de forma progresiva según estado general.
- Identificar las muestras que deban ser remitidas y enviadas al servicio de laboratorio junto con los volantes de petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Valorar la necesidad de sondaje vesical si el paciente tiene dificultad para orinar.
- Mantener las máximas condiciones de asepsia durante la realización de la técnica.
- Vigilar la zona de punción una vez finalizada la técnica detectando la posible aparición de sangrado o salida de líquido ascítico.
- Comprobar la correcta identificación de las muestras.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia%20na.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Alvarez-Torralba MJ, Alvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Torres de Rego A, Pinilla-Llorente A, Conthe-Gutiérrez P. Capítulo 15 Paracentesis. En: Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pinilla Llorente B, et al, editores. Procedimientos en medicina interna. Editorial Jarpo 2011, pp. 121-126.
- Procedimiento paracentesis Unidad de medicina interna Hospital Nuestra Señora de Gracia.

CONTROL DE DIURESIS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2015	Fecha: 06/2016	Fecha: 06/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, Ma Carmen Pérez Milla, Ma Ángeles Torres Andrés, Ma Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Proceso por el cual se cuantifica la cantidad de orina que secreta el riñón.

OBJETIVOS

- Medir la cantidad de orina en un determinado tiempo.

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de control de diuresis.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Contenedor graduado
- Guantes
- Bolsa colectora para pacientes con catéter/colector
- Cuña

EJECUCIÓN

Paciente que no sean portadores de sondaje vesical

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verter la orina de la cuña o botella en el contenedor graduado, en aquellos pacientes que no sean portadores de sonda vesical.
- Realizar la medición.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Paciente con sondaje permanente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el dispositivo del extremo terminal de la bolsa de circuito cerrado.
- Vaciar la orina en el contenedor graduado.
- Cerrar la llave terminal de la bolsa.
- Efectuar la lectura.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Paciente con sistema colector:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Desconectar la bolsa del sistema colector.
- Colocar nueva bolsa de circuito abierto.
- Medir el volumen de orina.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Dependen del equilibrio entre la cantidad de líquidos ingeridos, las necesidades fisiológicas del organismo y la cantidad de líquidos eliminados por vías como la sudoración, las heces, etc.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso mayo 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Diuresis: Definición Diuresis-Doctissimo. [Internet] [Acceso mayo 2015]. Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/diuresis.html>
- Documentación de enfermería. Control de diuresis [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso mayo 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Control+de+diuresis.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271762909994&ssbinary=true>

COLOCACIÓN DE UNA Sonda VESICAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I COLOCACIÓN DE UNA Sonda VESICAL	Z1-NSG-PO-0306 Revisión: A Página 259 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CH	ESCALA FRANCESA O CHARRIERE
PVC	POLICLORURO DE VINILO
ml	MILILITROS
º	GRADO DE INCLINACIÓN
%	PORCENTAJE

DEFINICIÓN

El sondaje vesical es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral.

La sonda es un tubo de látex o de silicona cuya consistencia depende de su composición. Su tamaño está calibrado en unidades francesas (CH) que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios en la parte distal. Pueden tener 1, 2 o 3 vías distintas, utilizándose para sondajes intermitentes, permanentes y con irrigación de vejiga.

OBJETIVOS

- Control de diuresis.
- Obtención de muestra de orina estéril.
- Determinación de la cantidad de orina residual después de una micción.
- Vaciar la vejiga, manteniéndola en reposo y medir la diuresis.
- Evitar la retención de orina y el deterioro del aparato urinario.
- Administración de medicación.

PERSONAL

- Enfermería
- TCAE

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de colocación de una sonda vesical.

MATERIAL

- Guantes estériles y no estériles
- Agua y jabón neutro
- Solución antiséptica
- Gasas estériles y no estériles
- Paño estéril fenestrado desechable
- Sonda adecuada según el objetivo: material (látex, silicona, o PVC) y calibre según anatomía del meato
- Lubricante urológico estéril y de un solo uso
- Jeringa estéril de 10 ml
- Agua estéril, monodosis de 10 ml
- Esparadrapo hipoalérgico
- Bolsa colectora de orina de circuito cerrado o abierto (con o sin grifo)
- Soporte de bolsa si requiere
- Batea
- Protector absorbente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Comprobar que el paciente no tiene alergia al látex.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes no estériles. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición decúbito supino, piernas entre-abiertas si es hombre y posición ginecológica si es mujer. [PO-0401](#)

Técnica:

- Colocar protector absorbente.
- Limpiar la zona periuretral con agua y jabón, utilizando una gasa para cada movimiento:
 - Mujer: abrir la vulva y limpiar los pliegues de labios menores y meato, con movimientos descendentes.
 - Hombre: retirar el prepucio y limpiar con movimientos circulares, desde el centro hacia fuera.
- Aclarar con agua.
- Secar la zona.
- Retirar los guantes.

Pacientes masculinos:

- Realizar lavado de manos.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Colocar el paño fenestrado.
- Lubricar abundantemente la sonda.
- Conectar la bolsa colectora a la sonda.
- Realizar limpieza periuretral con antiséptico.
- Rodear el pene con una gasa estéril y situarlo en posición vertical, retrayendo el prepucio dejando el glande al descubierto.
- Introducir la sonda con movimientos precisos y sin forzar, hasta hallar resistencia.
- Inclinar el pene 45° hacia las piernas para favorecer el paso a través de la uretra prostática, deslizando 3/4 cm más, después de la aparición del flujo de orina.
- Rellenar el globo con 10 ml de agua estéril.
- Extraer suavemente la sonda, hasta que el globo quede apoyado en el cuello vesical.
- Limpiar el exceso de gel, con una gasa el glande, y recubrir con el prepucio.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Pacientes femeninas:

- Realizar lavado de manos.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Colocar el paño estéril.
- Separar los labios mayores con el dedo índice y pulgar de la mano libre para visualizar el meato.
- Realizar limpieza periuretral con antiséptico.
- Lubricar abundantemente la sonda.
- Conectar la bolsa colectora a la sonda.
- Introducir la sonda con movimientos precisos y sin forzar, deslizándola 3-4 cm más después de la aparición del flujo de orina.
- Rellenar el globo con 10 ml de agua estéril.
- Extraer suavemente la sonda, hasta que el globo quede apoyado en el cuello vesical.
- En ambos casos se colocará la parte externa de la sonda de manera que se mantenga sin angulaciones, fijándola con esparadrapo en la cara interna del muslo de manera que impida tracciones de la uretra y a la vez permita la movilidad del paciente. Así como mantener la sonda por encima de la pierna del paciente en cama.
- Dejar a la paciente limpia, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Realizar el procedimiento con técnica estéril y precauciones de barrera, ante la sospecha de técnica incorrecta, retirar el sistema completo y reiniciar el procedimiento.
- Seleccionar el catéter con menor calibre posible y que permita al menos un balón de retención de 10 ml.
- Si se introduce la sonda en vagina, dejarla en un principio para que sirva de referencia, utilizando una nueva sonda, pero luego desecharla y desinfectar la zona.
- No forzar la entrada de la sonda, para evitar la creación de una falsa vía.
- Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos, siempre que la bolsa colectora no sea antirreflujo, si hay que trasladar al paciente, se pinzarán los tubos y se colocará la bolsa encima de la cama.
- Vaciar la bolsa cuando esté al 75% de su capacidad y siempre al final de cada turno.

- Teniendo en cuenta las especificaciones del fabricante, cambiar la sonda según material (25 días si es de látex y 60 días si es de silicona).
- Retirar la sonda vesical si el paciente presenta fiebre de origen desconocido, realizando un cultivo de la punta de la sonda.
- Cambiar el lugar de fijación de la sonda al muslo todos los días, o cuando se realice la higiene genital.
- Realizar la higiene de los genitales y la zona del meato utilizando agua y jabón cada 24 horas o siempre que tenga secreciones.
- Enseñar al paciente/cuidador la razón y el efecto deseado del procedimiento, evitar manipulaciones y movimientos bruscos que puedan arrancar la sonda o desconectar el sistema, adiestrar en el autocuidado, avisar en caso de complicaciones, dolor, escozor, distensión abdominal, cambios en la calidad y cantidad de la orina.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantener el sistema cerrado.
- Evitar que el grifo de la bolsa toque el suelo.
- Mantener la bolsa en su soporte asegurando que quede siempre por debajo del nivel de la vejiga y que el tubo no esté acodado.
- En caso que la bolsa no tenga grifo de vaciado, al cambiarla limpiar con desinfectante la conexión.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar tipo y calibre de la sonda, y la cantidad de globo instilada.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I COLOCACIÓN DE UNA Sonda VESICAL	Z1-NSG-PO-0306 Revisión: A Página 264 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.
- Cateterismo vesical y mantenimiento. [Internet]. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.enferpro.com/tvesical.htm>
- Documentación de enfermería. Sondaje vesical. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=sondaje+vesical.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352805302631&ssbinary=true>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. [Internet]. Barcelona: Hospital de Sabadell. [Citado marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.aibarra.org/tratado.asp>

MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA Sonda VESICAL	Z1-NSG-PO-0307 Revisión: A Página 266 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actuaciones encaminadas a mantener la permeabilidad de la sonda vesical y prevenir infecciones.

OBJETIVO

- Mantener la sonda vesical permeable
- Evitar las complicaciones derivadas del mantenimiento inadecuado, como lesiones y/o infecciones

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de la colocación de una sonda vesical.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes
- Jabón neutro
- Esponja

EJECUCIÓN

Mantenimiento de la sonda vesical:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Lavar la zona genital y secar posteriormente, insistiendo en el varón en la zona del prepucio, glándula y surco balano prepucial, el prepucio debe volver a su posición normal para evitar parafimosis.
- Movilizar la sonda, después del lavado, en sentido rotatorio, para evitar adherencias, nunca hacerlo de dentro hacia afuera o viceversa para evitar la migración de gérmenes.
- Lavar la sonda externamente con agua y jabón.
- Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Cambio de bolsa colectora:

- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Limpiar la zona de conexión de la sonda con una gasa o esponja jabonosa desechable y aclarar con gasa húmeda.
- Conectar la nueva bolsa.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Emplear las precauciones estándar para el control de la infección en cualquier contacto con la sonda. [PO-0906](#)
- Irrigar la sonda con suero salino ante la sospecha de obstrucción. Si no fuera eficaz, la sonda debe de ser cambiada.
- Evitar la compresión del sistema con un buen posicionamiento del catéter en la cara anterior del muslo.
- Mantener la bolsa de la orina por debajo de la vejiga y colocarla en su colgador y así se evitará traumatismos, infecciones por reflujos y se asegurará una correcta evacuación.
- Evitar el contacto entre la bolsa y el suelo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias.
- Si hay que pinzar la sonda realizarlo por el tubo de la sonda.
- Observar si hay hematuria, dolor, signos y síntomas de infección urinaria avisar al facultativo.
- Vaciar la bolsa colectora regularmente, al final de cada turno y siempre que sea necesario y/o su capacidad llegue al 75%.
- No realizar cuidados rutinarios del meato con desinfectantes o antimicrobianos tópicos.
- Reemplazo de la bolsa colectora:
 - Cuando se cambia la sonda vesical.
 - Tras desconexión accidental sonda-bolsa.
 - Si se rompe o presenta fugas.
 - Cuando se acumulan sedimentos.
 - Si adquiere un olor desagradable.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL	Z1-NSG-PO-0307 Revisión: A Página 269 de 1152
---	---	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Anotar la cantidad y el aspecto de la orina excretada.

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Servicio Andaluz de Salud. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva. 2009. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

RETIRADA DE LA SONDA VESICAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DE LA SONDA VESICAL	Z1-NSG-PO-0308 Revisión: A Página 271 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se extrae la sonda vesical de su emplazamiento en la vejiga del paciente.

OBJETIVOS

- Retirar la sonda vesical permanente de forma segura para el paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente que precise la retirada de una sonda vesical.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Jeringa estéril con capacidad del globo de la sonda
- Protector absorbente
- Gasas estériles
- Antiséptico
- Bolsa de residuos

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente: [PO-0401](#)
 - Mujer en posición ginecológica
 - Hombre en decúbito supino.
- Poner el protector absorbente debajo de los glúteos.
- Extraer con la jeringa todo el contenido del globo de la sonda.
- Retirar suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colectora. Podemos pedir al paciente que se relaje y espire profundamente a la vez.
- Depositar todo el material en la bolsa de residuos.
- Limpiar la zona genital con gasas y antiséptico.
- Ofrecer la cuña o botella y dejarla al alcance del paciente
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.

	SECTOR ZARAGOZA I RETIRADA DE LA SONDA VESICAL	Z1-NSG-PO-0308 Revisión: A Página 273 de 1152
---	--	--

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Si se encuentra resistencia, o el paciente presenta dolor durante el procedimiento:
 - Verificar que el globo se vació completamente.
 - Rotar la sonda y repetir la técnica. Si la sonda cede y no progresa en su salida, avisar al facultativo.
- Si no se puede extraer el líquido del globo (por estar estropeado el mecanismo de la válvula). Avisar al facultativo.
- Hay que enseñar al paciente los signos de retención de orina, y decirle que nos avise en su primera micción espontánea, valorando cantidad, características de la orina, y la existencia de síntomas miccionales.
- Aumentar la ingesta de líquidos si no está contraindicado.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre las características de la orina, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Enfermería en Urología. Sondaje Vesical, Protocolo de Enfermería.
- L.S. Brunner y D.S. Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. México: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1989.
- Enfermería oncológica: Sondaje Vesical. [Internet] [Acceso febrero 2017]. Disponible en:
<http://www.opolanco.es/Apat/Boletin12/Sondas.htm>

LAVADO VESICAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO VESICAL	Z1-NSG-PO-0309 Revisión: A Página 275 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

PVC	POLICLORURO DE VINILO
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Es la introducción mediante un procedimiento estéril, de una solución de irrigación en la vejiga del paciente, para restablecer su permeabilidad, a través de un catéter vesical, colocado previamente, y la posterior evacuación de ésta.

OBJETIVOS

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

ALCANCE

Dirigido a pacientes ingresados en unidades de hospitalización y servicios de urgencias que precisen un lavado vesical.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

Lavado vesical continuo

- Material para sondaje vesical [PO-0306](#)
- Solución prescrita para irrigación
- Pie de gotero
- Bolsa de suero estéril de 3000 ml
- Equipo de irrigación de la bolsa a la sonda
- Guantes desechables
- Bolsas de orina conectadas al sistema cerrado

Lavado vesical puntual por obstrucción

- Protector absorbente
- Material para sondaje vesical [PO-0306](#)
- Jeringa de 50 ml
- Guantes estériles
- Batea
- Pinzas de Kocher
- Pie de gotero
- Solución antiséptica

EJECUCIÓN

Lavado vesical continuo

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar la bolsa de irrigación en el soporte.
- Abrir la bolsa de 3000 ml, conectarla al sistema de perfusión y purgar.
- Abrir la llave del sistema de perfusión a flujo indicado.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Lavado vesical puntual por obstrucción

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Desconectar la sonda de la bolsa: la sonda colocarla en la batea aislada con una gasa estéril, y la bolsa en su soporte.
- Llenar la jeringa de 50 ml.
- Conectarla a la sonda e instalar todo el suero a través de la sonda con una presión mantenida.
- Aspirar el contenido hasta que el flujo sea continuo.
- Vaciar el contenido en la batea.
- Repetir la operación hasta que la resistencia sea nula.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La solución de irrigación ha de estar a temperatura ambiente.
- Para impedir la entrada de aire en la vejiga deberemos cambiar la bolsa de irrigación antes de que se vacíe por completo.
- Controlar la permeabilidad de la sonda, para evitar una posible obstrucción de la misma.
- Vigilar complicaciones posibles por diseminación del líquido de irrigación por el tejido subcutáneo, como el aumento del tamaño de los genitales externos o distensión abdominal.
- Vigilar el débito de otros drenajes que llevara el paciente, por si se van llenando de líquido y orina/sangre procedentes de vejiga.

CUIDADO DE MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales que se van a emplear en la técnica.
- Manejar y eliminar la orina adoptando medidas de protección frente a riesgos potenciales biológicos y químicos.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.

BIBLIOGRAFÍA

- Castellote-García MJ, Paricio-Mateo T. Enfermería Oncológica: Sondaje Vesical. Boletín Oncológico. [Internet] Teruel: Área Sanitaria; 1999, 12 (2). [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=138
- Irrigación sondaje rectal. [Internet] [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.enferurg.com/tecnicas/sondajerectal.htm>
- Irrigación vesical continua. [Internet] [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.enferurg.com/tecnicas/irrigacionvesical.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Documentación de enfermería. Lavado vesical. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Lavado+vesical.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145403&ssbinary=true>

MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE LA TALLA VESICAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILÍTROS
----	------------

DEFINICIÓN

Conjunto de actuaciones encaminadas a mantener la permeabilidad de la talla vesical y su posterior retirada.

La Cistostomía suprapúbica o talla vesical es una técnica quirúrgica percutánea que realiza el facultativo, consistente en derivar la orina contenida en la vejiga hacia el exterior.

OBJETIVOS

- Proporcionar los cuidados necesarios para un correcto funcionamiento de una talla vesical y evitar complicaciones.

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de favorecer la evacuación de orina a través de una talla vesical.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril fenestrado
- Paquete/equipo de curas
- Gasas estériles
- Esparadrapo
- Jeringa de 10 ml
- Suero fisiológico 10 ml
- Antiséptico (Clorhexidrina/povidona yodada)
- Hoja de bisturí
- Bolsa colectora de orina
- Tijeras
- Batea
- Contenedor rígido de material punzante

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Mantenimiento

- Colocación de guantes no estériles. [PO-0902](#)
- Retirar apósito.
- Retirar guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocar guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar el tubo alrededor con suero fisiológico con movimientos circulares.
- Utilizar una sola gasa estéril para cada movimiento.
- Secar con gasa estéril.
- Aplicar antiséptico de la misma forma.
- Proteger la piel con almohadillado de gasas para evitar acodamientos.
- Fijar apósito con esparadrapo.

Retirada

- Colocación de guantes no estériles. [PO-0902](#)
- Retirar apósito.
- Retirar guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocar guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar el tubo alrededor con suero fisiológico con movimientos circulares.
- Utilizar una sola gasa estéril para cada movimiento.
- Secar con gasa estéril.
- Aplicar antiséptico.
- Retirar puntos de sutura si los hay.
- Extraer suavemente el catéter.
- Realizar una nueva limpieza y desinfección de la zona.
- Colocar un apósito oclusivo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar posibles alergias a los distintos materiales que se van a utilizar.
- Valorar el estado del paciente en cuanto a la posible colaboración.
- Valorar el llenado de la vejiga.
- Verificar la integridad de la piel.
- Comprobar que no haya fugas y la permeabilidad del catéter.
- Evitar desconexiones y pinzamientos innecesarios.
- Enseñar al paciente y/o cuidador la manipulación del sistema, y a avisar en caso de complicaciones (dolor, distensión, fiebre, cambios en la cantidad y calidad de la orina, desplazamiento del dispositivo).

- Situar la bolsa colectora en su soporte siempre por debajo del nivel de la vejiga y evitar que el tubo se acode.
- Cura diaria y siempre que precise.
- Comunicar al facultativo cualquier anomalía en cuanto al color, cantidad o aspecto de la orina.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Patrick C. Walsh, M.D. et al Campbell. Urología. Ed. Médica panamericana. Buenos Aires. 2004. Pág. 119-121.
- Díez BL, Ossa-Montoya R. Cateterismo Uretral: un tema para la reflexión. Investigación y Educación en Enfermería. Vol 23, nº 2, Medellín 2005. [Internet] [Acceso Julio 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200010
- Documentación de enfermería. Talla vesical (cistostomía suprapúbica) [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso diciembre 2015] Disponible en:
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Talla+vesical+\(Cistostom%C3%ADa+suprap%C3%BAbica\).pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145451&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Talla+vesical+(Cistostom%C3%ADa+suprap%C3%BAbica).pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145451&ssbinary=true)

CUIDADOS AL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA	Z1-NSG-PO-0311 Revisión: A Página 287 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que puede constituir un problema de tipo higiénico, físico y psicosocial para la persona que lo padece.

Tipos de incontinencia urinaria

- *Aguda*: Se produce por enfermedad aguda y sus causas son identificables (Infección de vías urinarias, períodos prolongados en cama, fármacos).
- *De Esfuerzo*: Pérdida involuntaria de orina durante ejercicio físico, movimientos, tos, estornudo.
- *Refleja*: Pérdida involuntaria de orina con intervalos previsibles, cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga.
- *De urgencia*: Emisión de orina poco después de sentir una imperiosa necesidad de orinar.
- *Funcional*: Pérdida involuntaria de orina asociada con incapacidad para ir al inodoro o utilizar sus sustitutos, en el tiempo necesario, debido al deterioro de las funciones físicas o cognitivas, la falta de motivación o la existencia de barreras arquitectónicas.
- *Total*: Pérdida de orina continua e impredecible.

OBJETIVOS

- Mantener al paciente limpio y seco, conservando la integridad de la piel.
- Estimular y promover el autocuidado.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente con incontinencia urinaria que precise ayuda.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Material para la higiene
 - Esponja
 - Jabón neutro
 - Antiséptico
 - Recipiente para el agua/palangana con agua a temperatura adecuada
- Braga-pañal
- Compresas higiénicas
- Compresas o paños de celulosa no estériles
- Ropa de cama y toallas
- Pijama o camisón
- Carro de recogida de ropa sucia
- Cuña/botella
- Elevador de inodoro
- Colector externo
- Sonda vesical
- Equipo para sondaje vesical, según Procedimiento Sondaje vesical. [PO-0306](#)

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Mantener la higiene genito-urinaria. [PO-0805](#)
- Inspeccionar regularmente al paciente para ver si está seco.
- Técnicas conductuales:
 - Vaciamiento programado: Reglar los vaciamentos de orina de forma temporizada, procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona. Se programa un vaciamiento cada dos o cuatro horas, respetando la noche.
 - Doble vaciamiento: En incontinencias con volumen residual patológico (mayor de 100ml). Consiste en mantener al paciente de pie unos minutos tras la micción, si es hombre, y sentada si es mujer, para después animarle a que intente una nueva micción.
 - Reentrenamiento vesical: En la incontinencia funcional, refleja y de urgencia. Consiste en que una vez establecido el esquema miccional del paciente (número de micciones y tiempo transcurrido entre ellas), se empezará la actividad por el intervalo menor de tiempo entre cada micción. En el caso de que tenga ganas de orinar, tratará de inhibir el deseo miccional con cualquier maniobra de distracción (ejercicios de contracción del suelo pélvico, respiraciones profundas). Se irá prolongando este período inicial en unos 15-30 minutos, con el objetivo final de que la frecuencia miccional diurna esté entre 3-4 horas. Durante el descanso nocturno no existe esquema miccional. Se recomienda que el paciente orine antes de acostarse y luego dos veces durante la noche.
 - Ejercicios de suelo pélvico (Kegel): indicados en mujeres, ocasionalmente en hombres, y en la incontinencia de urgencia. Consiste en una técnica aprendida de contracciones o relajaciones simultáneas de los músculos perivaginales, periuretrales y perianales para fortalecerlos.
- Uso de dispositivos:
 - Externo: se debe consensuar con el paciente el tipo de dispositivo que se va a utilizar considerando sus características bio-psico-sociales. La elección dependerá del sexo, grado de movilidad y tipo de incontinencia:
 - Absorbentes tipo braga-pañal, compresas; y el colector masculino adaptable a bolsa.
 - Invasivo: se trata del sondaje vesical intermitente. Se utiliza en la incontinencia refleja. Es una maniobra simple que puede realizar el propio paciente o su cuidador.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
- http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Reducir el consumo de sustancias excitantes (café, té, etc) y modificar el patrón de ingesta de líquidos. Aumentar la ingesta durante el día y restringirla durante la noche.
- Distribuir los alimentos en las comidas en función de su acción diurética y aporte hídrico.
- Administrar los fármacos diuréticos por la mañana si es posible.
- Eliminar los obstáculos y barreras en el camino hacia el baño y facilitar las medidas de apoyo.
- Uso de ropa amplia, fácil de poner y quitar.
- Mantener una dieta equilibrada.
- Realizar una higiene de la zona genital adecuada, utilizando jabón neutro.
- Mantener el sondaje sólo durante el vaciamiento de la vejiga.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Técnicas de cuidado. Cuidados de la incontinencia urinaria. Hospital de las Nieves. [Internet] Granada: Servicio Andaluz de Salud. [Acceso septiembre de 2008]. Disponible en:
http://www.hvn.es/atencion_usuario/inform_y_participacion/cuidadoras/tecnicas/cuidados.php
- Morilla J.C. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Año 2003.
- Planas, M. y Pérez-Portabella, C. Fisiopatología aplicada a la nutrición. Ediciones Mayo. Madrid 2002, pp. 115-117.
- Documentación de enfermería. Cuidados al enfermo con incontinencia [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados+al+enfermo+con+incontinencia.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145355&ssbinary=true>

CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE COLECTOR URINARIO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE COLECTOR URINARIO	Z1-NSG-PO-0312 Revisión: A Página 292 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE COLECTOR URINARIO	Z1-NSG-PO-0312 Revisión: A Página 293 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Colector no invasivo externo es un dispositivo que se adapta al pene del paciente que requiere una bolsa colectora para recoger la orina.

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para recoger la orina en pacientes con incontinencia urinaria.
- Evitar los efectos secundarios de los escapes de orina y mejorar la higiene personal del paciente.
- Educar al paciente y familia en el cuidado y manejo del colector urinario.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que precisa cuidados en el mantenimiento del colector urinario.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Dispositivo colector de tamaño adecuado
- Bolsa colectora
- Guantes no estériles
- Jabón neutro
- Rasuradora
- Esponja y toalla
- Soporte de bolsa colectora para la cama o para la pierna

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Acomodar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Recortar el vello púbico si es necesario.
- Realizar higiene genital del paciente secando cuidadosamente el pene.
- Colocar el colector sobre el extremo del pene, cubriendo el glande.
- Sujetar el pene con los dedos de una mano y desenrollar con la otra mano el colector en su totalidad, a lo largo del cuerpo del pene.
- Presionar ligeramente el colector alrededor del pene para asegurar la adhesión.

- Conectar la bolsa colectora.
- Fijar la bolsa a la cama o a la pierna del paciente, siempre por debajo de la vejiga.
- Para retirar el colector, desconectarlo de la bolsa y desenrollar cuidadosamente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar la piel del pene, incluso el meato, para detectar fisuras, irritación, inflamación o cualquier lesión de la piel que contraindique el uso del colector.
- Comprobar que no existe alergia al látex, o elegir un dispositivo sin látex.
- Enseñar al paciente y/o cuidador:
 - La razón y el efecto deseado del procedimiento.
 - La importancia de la higiene genital y de manos.
 - Evitar la manipulación del sistema.
 - Avisar cuando tenga sensación de humedad.
 - Notificar el llenado de la bolsa colectora.
 - Avisar si se desplaza el dispositivo.
 - Vigilar torsión, pinzamiento y/o desconexión del sistema colector externo.
 - Cambiar el colector al menos cada 24 horas.
 - Comprobar el correcto funcionamiento del equipo y el aspecto del pene y la orina siempre que se sea necesario.
 - Se puede utilizar agua templada para retirarlo.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE COLECTOR URINARIO	Z1-NSG-PO-0312 Revisión: A Página 295 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Esclarin de Ruz, A. De Pinto Benito, A. La lesión Medular. Vejiga e Intestino. A. Esclarin A. De Pinto. 2001, pp. 84-87, 88-92.
- Documentación de enfermería. Colector urinario [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso 17 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Colector+urinario.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145323&ssbinary=true>
- Rueda J., Muñoz AM., Guerrero A. y Segovia T. Incontinencia. Revista Rol Enfermería. 2007. 30 (12), pp. 843-850.
- Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Colocación y mantenimiento del colector urinario. [Internet]. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso mayo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e4_colocacion_mt_o_colector_urinario.pdf

MANTENIMIENTO DE LA UROSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA UROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0313 Revisión: A Página 297 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas al mantenimiento de la Urostomía.

- Urostomía: derivación urinaria en la cual la salida de la orina tiene lugar a través de un estoma mucocutáneo en la pared abdominal.

OBJETIVO

- Mantener la permeabilidad del estoma urinario.
- Mantener el estoma en buenas condiciones higiénicas.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Enseñar al paciente, familia/cuidador los cuidados del estoma urinario.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que presenta una urostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Carro de curas
- Equipo de cura
- Dispositivo colector, con el adhesivo recortado en función del diámetro del estoma
- Bolsa colectora de orina
- Tijeras de punta roma
- Guantes
- Gasas no estériles
- Protector absorbente
- Jabón neutro y agua
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición de decúbito supino. [PO-0401](#)
- Colocar el protector absorbente debajo del paciente.
- Descubrir la zona a curar.

Si el dispositivo es de dos piezas y no precisa el cambio de adhesivo:

- Retirar la bolsa y eliminarla.
- Limpiar la zona interior del aro cuidadosamente con una gasa húmeda y secar.
- Acoplar la nueva bolsa.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si el dispositivo es de una pieza o de dos piezas y precisa cambiar el adhesivo:

- Retirar de arriba abajo el dispositivo completo, sujetando la piel con la otra mano y eliminar.
- Limpiar con agua tibia y jabón neutro la zona ostomal y periestomal.
- Aplicar protección en la piel periestomal, si precisa, desinfectar con solución antiséptica los bordes del estoma, nunca el estoma.
- Retirar el papel protector del adhesivo del nuevo dispositivo.
- Aplicarlo de abajo arriba.
- Presionar con los dedos por toda su extensión.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La bolsa colectora se cambia cada 24 horas y la placa adhesiva cada 4 días y siempre que se produzcan fugas de orina.
- Observar el estado tanto físico como psicológico del paciente, para, en caso necesario, proporcionar la ayuda requerida.
- Comenzar la educación del paciente y sus cuidadores sobre el cuidado del estoma, antes de la cirugía, siempre que sea posible.
- Observar el color y signos de lesiones.
- Las bolsas de urostomía suelen ser abiertas para poder vaciar la orina sin tener que cambiar la bolsa.
- No dejar más de dos o tres milímetros de piel descubierta entre el estoma y la placa adhesiva para evitar la lesión por fricción y erosión.

- Vigilar la posible aparición de dermatitis de contacto provocada por el contacto de efluentes con la piel, o por una reacción a la placa de adhesivo.
- Vigilar signos de infección.
- Educación del paciente y cuidador:
 - Cambios en el color, olor y aspecto de la orina.
 - Llevar ropa cómoda, para evitar comprimir la bolsa.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal
- Registro del cambio del dispositivo.
- Registro de las posibles lesiones en la zona periestomal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso abril 2015] Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso abril 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso abril 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Denia-Cortés A, González-Fernández A, López-Oliver AI, Velasco-Sánchez EM, Castillo-García M.D, et al. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. [Internet]. Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.bvsspa.es/profesionales/area-enfermeria/enlaces-recomendados#protohosp>

MANTENIMIENTO DE LA NEFROSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO DE LA NEFROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-0314 Revisión: A Página 303 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

NPC	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas al mantenimiento de la nefrostomía percutánea.

- Nefrostomía: método de derivación urinaria externa, que consiste en la inserción de un catéter transcutáneo en las cavidades renales para extraer la orina del tracto urinario superior; puede ser temporal o permanente.

OBJETIVO

- Aliviar la obstrucción urinaria de uno o de ambos riñones y frenar el deterioro de la función renal
- Evaluar la posibilidad de la recuperación funcional del órgano

ALCANCE

Dirigido a toda la población que presenta una nefrostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

Realización de la cura

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paño de campo estéril
- Apósito hipoalergénico
- Esparadrapo hipoalergénico
- Solución antiséptica
- Bolsa colectora con válvula antirreflujo y sistema cerrado
- Soporte para la bolsa

Lavado del catéter

- Guantes estériles
- Jeringa estéril de 5 ml
- Suero fisiológico estéril
- Paño de campo estéril
- Antiséptico

EJECUCIÓN

Fase no estéril

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito lateral. [PO-0401](#)
- Retirar la ropa, dejando la zona despejada.
- Retirar el apósito con suavidad, sin tirones, para evitar la salida del catéter.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.

Fase estéril

- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Colocar el paño estéril creando una zona estéril.
- Limpiar suavemente la zona con gasa estéril y suero, retirando restos del apósito anterior.
- Revisar el punto de inserción, comprobando que no hay signos de infección.
- Observar el estado del disco de sujeción y revisar el estado de la piel.
- Desinfectar el punto de inserción con una solución antiséptica.
- Comprobar la sujeción del catéter.
- Medir la longitud del catéter en la 1ª cura, haciendo una marca en la salida del catéter con un rotulador permanente.
- Revisar la longitud en cada cambio de apósito.
- Poner las gasas almohadillando y fijando con apósitos hipoalergénicos. En este punto hay que asegurarse de que el catéter queda correctamente fijado sin acodamientos. La NPC debe estar tapada y protegida para evitar infecciones.
- Fijar la parte del catéter que queda fuera del apósito sobre la piel con esparadrapo hipoalergénico, variando en cada cura la zona de fijación. Como alternativa se puede enrollar el catéter en un bucle de seguridad para prevenir la salida del mismo en caso de tirones accidentales.
- Conectar a bolsa de diuresis de sistema cerrado sujetándola mediante el soporte adecuado a la cama, si el paciente está encamado.
- Comprobar que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa el catéter, evitando la salida accidental.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

- Al mismo tiempo que se realiza la cura se puede comprobar la permeabilidad de la nefrostomía.

Lavado del catéter:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Crear un campo estéril utilizando un paño de campo estéril.
- Desconectar la bolsa colectora.
- Limpiar la conexión con solución desinfectante.
- Conectar la jeringa cargada con el suero fisiológico.
- Introducir el suero con suavidad, comprobando que no se encuentra resistencia.
- Aspirar suavemente o dejar salir la orina por gravedad para comprobar la permeabilidad. Si no sale orina se levantará el apósito y se comprobará que el catéter no se ha salido, midiendo la longitud que previamente se había marcado.
- Si se encuentra resistencia al realizar el lavado se comprobará que el catéter no está acodado;
 - Si está acodado se corregirá la posición.
 - Si no está acodado y no se consigue desobstruirlo se avisará al facultativo.
- En ningún caso se forzará el lavado del catéter si se encuentra resistencia.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Vaciar la bolsa colectora cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y en cada turno y cambiarse cada semana.
- Situar la bolsa por debajo del nivel renal para evitar el reflujo de orina.
- Controlar la permeabilidad del catéter por turno ya que la ausencia de orina puede significar una salida accidental del catéter, una obstrucción del mismo o un acodamiento. Para ello el catéter se debe lavar con unos 30 ml de suero fisiológico y aspirar a continuación cada 24 horas.
- Vigilar la salida de orina por el punto de inserción del catéter.
- Comprobar que no hay signos de infección.
- Es importante que la NPC quede bien sujeta a la piel para evitar la salida del catéter.
- Evitar la dermatitis de la piel producida por una reacción al adhesivo del disco. Se recomienda lavar la piel con agua y jabón, y secar suavemente.
- Medir la longitud del catéter para comprobar que no se ha salido.

- Controlar la ausencia de salida de orina. Se comunicará al facultativo la incidencia y se procederá a su registro.
- Vigilar que no exista en el drenado, hematuria.
- Comprobar que no hay signos de dolor.
- Educación del paciente y cuidador:
 - Autocuidado del catéter, en el uso y manejo de la nefrostomía y la identificación de posibles problemas y soluciones.
 - Llevar ropa cómoda, para evitar comprimir la bolsa.
 - Cambios en el color, olor y aspecto de la orina.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.
- Identificar el riñón portador del catéter
- Fecha de la 1ª cura y longitud del catéter.
- Aspecto y cantidad de orina.
- Control de diuresis en cada turno y balance hídrico.
- Comprobar permeabilidad por turno.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo-García MD, Denia-Cortés A, Flores-Bautista AB, Montealegre-Galera LI, Villada-Munera A, et al. Cuidados hospitalarios del paciente portador de nefrostomía percutánea. Protocolo de Enfermería. [Internet]. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario; Revisión 2013. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a273f8170c54478360c1463d125913d.pdf>
- Carballo-Chinarro AI. Guía rápida de nefrostomía. Fundación te cuidamos. [Internet]. 2008. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-NEF.pdf>
- Cuidados para el paciente con nefrostomía. [Internet]. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/cuidados-para-el-paciente-1>
- El cuidado de la sonda de nefrostomía [Internet]. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.drugs.com/cg_esp/el-cuidado-de-la-sonda-de-nefrostom%C3%ADa.html

COLOCACIÓN DE UNA Sonda RECTAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I COLOCACIÓN DE UNA Sonda RECTAL	Z1-NSG-PO-0315 Revisión: A Página 309 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cm	CENTÍMETROS
min	MINUTOS

DEFINICIÓN

El sondaje rectal consiste en la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto.

OBJETIVOS

- Favorecer la evacuación de heces líquidas o flatulencias.
- Administrar un enema (limpieza, retención, medicación, diagnóstico).

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de favorecer la evacuación de heces o flatulencias.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Sonda rectal del calibre y material adecuados
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes
- Gasas
- Protector absorbente
- Material recolector: batea, bolsa de drenaje, cuña, etc.
- Esparadrapo

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proteger la cama con el protector absorbente.
- Colocar al paciente en posición de Sims Izquierda siempre que sea posible. [PO-0401](#)
- Lubricar el extremo distal de la sonda.
- Descubrir el área anal: separar la nalga superior con la mano no dominante y visualizar el ano.
- Indicar al paciente que respire profundamente con la boca para promover la relajación del esfínter anal.

- Introducir la sonda con suavidad en dirección al ombligo cuando el paciente está exhalando, unos 10 cm. Parar si se queja de dolor o si se percibe resistencia.
- Fijar la sonda con esparadrapo a la cara interna del muslo izdo.
- Conectar la sonda a la bolsa colectora o avocarla a la cuña, dejarla puesta unos 20 min, o según prescripción.
- Retirar la sonda lentamente una vez conseguido el objetivo.
- Lavar el área rectal al retirar la sonda y siempre que sea preciso.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La sonda rectal no debe permanecer puesta más de 30 min, puede producir lesiones en la mucosa rectal.
- Está contraindicado en pacientes que hayan sufrido alguna intervención quirúrgica reciente en la zona, recto y próstata y en pacientes con inestabilidad cardíaca por riesgo de estimulación vagal.
- No se debe introducir demasiado ni forzar su entrada, por riesgo de perforación intestinal.
- La presencia de hemorroides externas puede dificultar la entrada de la sonda a través del esfínter.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Sondaje rectal (Enferurg.com) [Internet]. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.enferurg.com/tecnicas/sondajerectal.htm>
- González-Fernández M, Braga-Riera E, Álvarez-González M. Tratado de Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales. Capítulo 110. Sondas Rectales. [Internet]. Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias; 2014. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo110/capitulo110.htm>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Documentación de enfermería. Sondaje rectal. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Sondaje+rectal.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145419&ssbinary=true>

ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA	Z1-NSG-PO-0316 Revisión: A Página 314 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

min	MINUTOS
cm	CENTÍMETROS
ml	MILILITROS
°C	GRADOS CENTÍGRADOS

DEFINICIÓN

Es la administración de una determinada cantidad de solución por el recto.

Los enemas pueden ser clasificados en:

- *Enemas evacuantes:* se usan para eliminar las heces del colon. Los enemas pueden ser de agua, agua jabonosa, salinos o medicamentosos.
- *Enemas de retención:* el líquido se queda en el recto o en el colon más tiempo, unos 15 min.

OBJETIVOS

- Evacuación del colon.
- Preparación del paciente para pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.
- Administración de medicamentos.

ALCANCE

Población con la indicación de administrar un enema establecido en la prescripción facultativa.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Enema, o recipiente con la solución indicada
- Equipo de irrigación con adaptador y pinza
- Sonda rectal
- Lubricante hidrosoluble
- Gasas
- Guantes no estériles
- Protector absorbente
- Soporte de gotero
- Cuña, bolsa o batea para recoger el producto desechado

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proteger la cama con el protector.

- Preparar el enema con la solución a temperatura corporal.
- Colocar el equipo irrigador y la bolsa o enema con la solución en el soporte por encima del nivel del paciente.
- Colocar al paciente en posición Sims, decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada. [PO-0401](#)
- Administrar el enema Casen®

Administración de enema por sonda:

- Conectar la sonda al extremo del tubo del irrigador.
- Lubricar la punta de la sonda.
- Extraer el aire del equipo y de la sonda.
- Pinzar el equipo.
- Colocar la sonda rectal. [PO-0315](#)
- Despinzar el equipo y dejar pasar lentamente la solución, para que el paciente lo tolere sin molestias.
- Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda.
- Colocar al paciente en decúbito lateral derecho.
- Ayudar al paciente a la evacuación, bien en el baño o en la cuña.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No forzar la introducción de la sonda.
- Para un adulto, el volumen del enema suele ser de 750 a 1000 ml. Se aplican a temperatura corporal.
- Suspender la administración si el paciente refiere dolor, malestar o hay hemorragia.
- Comprobar que no existan contraindicaciones para la administración del enema; administrar con precaución en pacientes cardiopatas.
- Valorar frecuentemente la tolerancia del individuo durante el procedimiento. Si se queja de molestias, retorcijones o necesidad de defecar, se debe interrumpir el flujo. A continuación, se sostienen los glúteos o se aprieta contra el ano.
- Para favorecer la retención se pueden dar unos masajes abdominales e indicarle que respire lento y profundo por la boca.
- Si el flujo se hace lento o se detiene, posiblemente la punta de la sonda está taponada por heces o pegada a la pared intestinal. Con suavidad, se gira un poco para lubricarla sin estimular el reflejo anal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA	Z1-NSG-PO-0316 Revisión: A Página 317 de 1152
--	--	--

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso mayo 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Bello-Nilda L. Fundamentos de Enfermería, P I. [Internet]. Ed. Ciencias Médicas. La Habana; 2015. [Acceso mayo 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/Bello%20Nilda%20-%20Fundamentos%20De%20Enfermeria.PDF>
- Bello-Nilda L. Fundamentos de Enfermería, P II. [Internet]. Ed. Ciencias Médicas. La Habana; 2010. [Acceso mayo 2015]. Disponible en:
http://s3b9e4327a9410f8b.jimcontent.com/download/version/0/module/6042750178/name/fundamento_enfermeria%20Parte%20II_completo
- Documentación de enfermería. Administración de enemas [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso mayo 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Administraci%C3%B3n+de+enemas.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145291&ssbinary=true>

CUIDADOS AL PACIENTE CON INCONTINENCIA FECAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces (sólidas o líquidas) o de gases, a través del recto, objetivamente demostrable, que puede constituir un problema de tipo higiénico, físico y psicosocial para la persona que lo padece.

En la mayor parte de los casos, la incontinencia fecal aparece asociada a otros problemas del suelo pélvico.

OBJETIVOS

- Mantener al paciente limpio y seco, conservando la integridad de la piel.
- Estimular y promover el autocuidado.

ALCANCE

Población que padece incontinencia fecal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Material para la higiene
 - Esponja
 - Jabón neutro
 - Solución jabonosa y antiséptica
 - Recipiente para el agua/Palangana con agua a temperatura adecuada
- Colector absorbente
 - Braga-pañal
 - Compresas higiénicas
- Compresas o paños de celulosa no estériles
- Ropa de cama y toallas
- Pijama o camisón
- Carro de recogida de ropa sucia
- Cuña

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos. [PO-0901](#)

- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Valorar el tipo de incontinencia del paciente.

Educación del hábito intestinal:

- Promover la deambulación temprana.
- Responder al deseo de defecar sin tardanza.
- Iniciar una rutina en defecar a diario, a una hora fija y disponer del tiempo suficiente para ello, entre 20 y 30 minutos.
- Colocar el colector absorbente, si precisa
- Eliminar barreras arquitectónicas que impidan la rápida llegada al inodoro.
- Proporcionar el material adecuado para facilitar la defecación (cuñas, elevadores de inodoro, asideros, etc.).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar si se produce evacuación intestinal adecuada.
- Mantener una dieta bien equilibrada y rica en fibra.
- Mantener la higiene de la zona perianal.
- Vigilar la piel de la región genital, sacro y glúteos, para detectar irritaciones e infecciones.
- Proporcionar ropa cómoda, amplia y fácil de quitar.
- Realizar una higiene de la zona genital adecuada, utilizando jabón neutro.
- Cuando la causa es por diarrea:
 - Eliminar el consumo de café, leche y derivados.
 - Consumir alimentos hervidos, al vapor o a la plancha y bajos en fibra soluble.
- Prevención de estreñimiento y formación de fecalomas:
 - Aumentar la ingesta de líquidos.
 - Aumentar el ejercicio.
 - Aumentar la ingesta de contenido en fibra insoluble.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, volumen, si se puede y está prescrito, así como cualquier otra incidencia.
- Registrar el número de deposiciones, el dispositivo utilizado dieta, tipo de ingesta hídrica y educación.

BIBLIOGRAFÍA

- Planas, M. y Pérez-Portabella, C. Fisiopatología aplicada a la nutrición. Ediciones Mayo. Madrid 2002, pp. 115-117.
- Medline plus Enciclopedia Médica: Incontinencia fecal. 2016 [Internet]. [Acceso junio 2008]. [Actualizado 18 noviembre de 2006]. Disponible en:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003135.htm
- Documentación de enfermería. Cuidados al enfermo con incontinencia. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados+al+enfermo+con+incontinencia.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145355&ssbinary=true>
- Guía de Actuación Procedimientos de Enfermería Cuidados de enfermería en el paciente con incontinencia. [Internet]. Alicante: Hospital General Universitario. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/0/Procedimientos+relacionados+con+la+eliminaci%C3%B3n+del+paciente.+Cap.+IV>
- Instituto IGB Urológico. [Internet]. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.institutourologicoigb.com/servicios/incontinencia-fecal?gclid=CIPrzs2b5s0CFVG6GwodKzIGLwChromeHTML\Shell\Open\Command>
- COLOPLAST. [Internet]. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.coloplast.com.ar/Vejiga-e-intestinos/Usuario-final/Problemas-urinarios/Managing-urinary-problems/>

MANTENIMIENTO DE LA ILEOSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas al mantenimiento de la ileostomía.

- Ileostomía: derivación del íleon por la cual la salida de las heces tiene lugar a través de un estoma mucocutáneo en la pared abdominal.

OBJETIVO

- Mantener la permeabilidad del estoma de ileostomía.
- Mantener el estoma en buenas condiciones higiénicas.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Facilitar la rehabilitación del paciente.
- Enseñar al paciente, familia/cuidador los cuidados del el estoma y en las actividades de la vida diaria.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que presenta una ileostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo de cura
- Dispositivo colector, con el adhesivo recortado en función del diámetro del estoma
- Tijeras de punta roma
- Guantes
- Gasas no estériles
- Protector absorbente
- Jabón neutro y agua
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Descubrir la zona a curar.

Si el dispositivo es de una sola pieza:

- Despegar cuidadosamente de arriba a abajo, sujetando la piel con la otra mano.
- Valorar y medir si procede la cantidad de drenado.
- Plegarlo por la zona adhesiva y desecharlo.
- Limpiar con agua tibia y jabón neutro, el estoma y la zona periostomal, y secar.
- Aplicar protección en la piel periostomal, si precisa, desinfectar con solución desinfectante los bordes del estoma, nunca el estoma.
- Medir el diámetro del estoma y recortar el disco.
- Retirar el papel protector del adhesivo del nuevo dispositivo.
- Aplicarlo de abajo arriba.
- Presionar con los dedos por toda su extensión.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si es de dos piezas y no precisa el cambio de adhesivo:

- Retirar la bolsa y eliminarla.
- Limpiar la zona interior del aro cuidadosamente con una gasa húmeda y secar.
- Acoplar la nueva bolsa.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si es de dos piezas y precisa cambiar el adhesivo:

- Retirar de arriba abajo el dispositivo completo, sujetando la piel con la otra mano y eliminar.
- Limpiar con agua tibia y jabón neutro la zona ostomal y periestomal.
- Aplicar protección en la piel periestomal, si precisa, desinfectar con solución desinfectante los bordes del estoma, nunca el estoma.
- Retirar el papel protector del adhesivo del nuevo dispositivo.
- Aplicarlo de abajo a arriba.
- Presionar con los dedos por toda su extensión.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar el estado tanto físico como psicológico del paciente, para en caso necesario proporcionar la ayuda requerida.
- Cambiar la placa adhesiva cada 4 días y siempre que se produzcan fugas de heces.
- Comenzar la educación del paciente y sus cuidadores sobre el cuidado del estoma, antes de la cirugía, siempre que sea posible.
- Observar el color y signos de lesiones.
- Las heces producidas son fluidas y muy irritantes para la piel.
- Los dispositivos deben cambiarse cuando la bolsa alcance los dos tercios de su capacidad, o cuando se produzca una fuga.
- No dejar más de dos o tres milímetros de piel descubierta entre el estoma y la placa adhesiva para evitar la lesión por fricción y erosión.
- Vigilar la posible aparición de dermatitis de contacto provocada por el contacto de efluentes con la piel, o por una reacción a la placa de adhesivo.
- En caso de infección de la herida quirúrgica, comunicarlo al facultativo.
- Educación del paciente y cuidador:
 - Llevar ropa cómoda, para evitar comprimir la bolsa.
 - Enseñar a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.
- Registrar las posibles lesiones en la zona periestomal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf

MANTENIMIENTO DE LA COLOSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas al mantenimiento de la colostomía.

- Colostomía: derivación del colon por la cual la salida de las heces tiene lugar a través de un estoma mucocutáneo en la pared abdominal.

OBJETIVO

- Mantener la permeabilidad del estoma de la colostomía.
- Mantener el estoma en condiciones de higiene.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Facilitar la rehabilitación del paciente.
- Enseñar al paciente, familia/cuidador los cuidados con el estoma y en las actividades de la vida diaria.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que presenta una colostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo de cura
- Dispositivo colector, con el adhesivo recortado en función del diámetro del estoma
- Tijeras de punta roma
- Guantes protectores
- Gasas no estériles
- Protector absorbente
- Jabón neutro y agua
- Batea

EJECUCION

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Descubrir la zona a curar.

Si el dispositivo es de una sola pieza:

- Despegar cuidadosamente de arriba a abajo, sujetando la piel con la otra mano.
- Valorar y medir si procede la cantidad de drenado.
- Plegarlo por la zona adhesiva y desecharlo.
- Limpiar con agua tibia y jabón neutro, el estoma y la zona periostomal, y secar.
- Aplicar protección en la piel periostomal, si precisa, desinfectar con solución desinfectante los bordes del estoma, nunca el estoma.
- Medir el diámetro del estoma y recortar el disco.
- Retirar el papel protector del adhesivo del nuevo dispositivo.
- Aplicarlo de abajo arriba.
- Presionar con los dedos por toda su extensión.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si es de dos piezas y no precisa el cambio de adhesivo:

- Retirar la bolsa y eliminarla.
- Limpiar la zona interior del aro cuidadosamente con una gasa húmeda y secar.
- Acoplar la nueva bolsa.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si es de dos piezas y precisa cambiar el adhesivo:

- Retirar de arriba abajo el dispositivo completo, sujetando la piel con la otra mano y eliminar.
- Limpiar con agua tibia y jabón neutro la zona ostomal y periestomal.
- Aplicar protección en la piel periestomal, si precisa, desinfectar con solución desinfectante los bordes del estoma, nunca el estoma.
- Retirar el papel protector del adhesivo del nuevo dispositivo.
- Aplicarlo de abajo a arriba.
- Presionar con los dedos por toda su extensión.
- Comprobar que no existan fugas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar el estado tanto físico como psicológico del paciente, para en caso necesario proporcionar la ayuda requerida.
- Comenzar la educación del paciente y de sus cuidadores sobre el cuidado del estoma, antes de la cirugía, siempre que sea posible.
- Observar el color y signos de lesiones.
- Los dispositivos deben cambiarse cuando la bolsa alcance los dos tercios de su capacidad, o cuando se produzca una fuga.
- Cambiar la placa adhesiva cada 4 días y siempre que se produzcan fugas de heces.
- No dejar más de dos o tres milímetros de piel descubierta entre el estoma y la placa adhesiva para evitar la lesión por fricción y erosión.
- Vigilar la posible aparición de dermatitis de contacto provocada por el contacto de efluentes con la piel, o por una reacción a la placa de adhesivo.
- En caso de infección de la herida quirúrgica, comunicarlo al facultativo.
- Educación del paciente y cuidador:
 - Llevar ropa cómoda, para evitar comprimir la bolsa.
 - Enseñar a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado.
- Registrar las posibles lesiones en la zona periestomal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf

LAVADO GÁSTRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Ch	MEDIDA EXPRESADA EN CHARRIÈRE 1/3MM
cc	CENTÍMETROS CÚBICOS
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

El lavado gástrico consiste en la introducción de una sonda hueca, de calibre grueso y multiperforada en su extremo distal, que llega hasta el estómago para evacuar sangre, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancia mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de líquido.

OBJETIVOS

- Eliminación de sustancias tóxicas ingeridas en el plazo de una hora.
- Control de la hemorragia digestiva alta y extracción de coágulos.
- Obtención de muestras de ácidos estomacales para pruebas diagnósticas.

ALCANCE

Población que precisa un lavado gástrico.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermería
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Kit de lavado gástrico que incluye sonda gástrica de 43 Ch y jeringa de 140 cc
- Lubricante hidrosoluble
- Agua
- Guantes no estériles
- Esparadrapo
- Contenedor para material de aspirado
- Equipo de aspiración
- Fonendoscopio
- Agente absorbente para instilación (según prescripción)
- Equipo de intubación de urgencia

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Remitir al Procedimiento Inserción Sonda Nasogástrica. [PO-0202](#)
- Comprobar la situación correcta de la sonda mediante auscultación.

- Introducir unos 200 ml de agua.
- Realizar aspiración gástrica. Hay que controlar que el contenido aspirado sea proporcional al líquido introducido.
- Recoger parte del lavado gástrico inicial, para identificar las posibles sustancias tóxicas.
- El número de intercambios a realizar debe ser suficiente para que el líquido obtenido esté libre de restos.
- Para completar el drenaje, podemos hacer cambios posturales o movilización de la sonda.
- Al finalizar el lavado, la sonda se utilizará para introducir absorbentes (carbón activado).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La principal complicación respiratoria es la aspiración de material de origen digestivo.
- Puede haber problemas en relación con las características del líquido empleado para el lavado:
 - Hipotermia si el líquido está frío
 - Hiponatremias cuando se emplea agua
 - Hipernatremias en el caso de suero salino
 - Si se introduce demasiado líquido es posible que se provoque el paso del tóxico, a través del píloro, al intestino delgado.
- Asimismo, el estímulo mecánico producido por el lavado tiene un efecto vagal.
- Es frecuente que se produzcan pequeñas hemorragias conjuntivales, sobre todo en pacientes que no cooperan totalmente durante el procedimiento.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Quintana-Gómez JL, Morell-Sixto ME. Lavado gástrico: cómo y cuándo utilizarlo. JANO, vol. 54, nº 1245. Febrero 1998.
- Bugarín-González R, Galego-Feal P, Martínez-Rodríguez J.B, García-Quintáns A. El lavado gástrico. Medicina Integral, vol. 38, nº 9, noviembre 2001.
- Dueñas A, Herreros V, Hierro A. En: Dueñas A. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados intensivos. Barcelona: Masson, 1999, pp. 279-281.
- Dueñas A. Tratamiento general de las intoxicaciones agudas. En: Dueñas A, editor. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados intensivos. Barcelona: Masson, 1999, pp. 20-34.

EXTRACCIÓN MANUAL DEL FECALOMA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I EXTRACCIÓN MANUAL DEL FECALOMA	Z1-NSG-PO-0321 Revisión: A Página 341 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

La impactación fecal o fecaloma es una acumulación de heces endurecidas y compactas que el paciente no puede expulsar espontáneamente. La localización más frecuente del fecaloma es la ampolla rectal, seguida por el colon sigmoide y el colon proximal.

Los fecalomas que se pueden extraer manualmente son aquellos que están situados en la ampolla rectal.

OBJETIVOS

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

ALCANCE

Dirigido a toda la población con la indicación de la extracción de un fecaloma establecido en la prescripción médica.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes
- Lubricante anestésico hidrosoluble
- Material para el aseo del paciente (toalla, palangana y jabón)
- Protector absorbente
- Cuña

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocarse dos guantes en la mano dominante.
- Colocar al paciente en decúbito lateral derecho, con la rodilla izquierda ligeramente flexionada. [PO-0401](#)
- Poner el protector absorbente bajo las caderas del paciente y exponer sólo las nalgas.
- Situar a mano la cuña donde vaya a depositar las heces.

- Vaciar una o dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal del paciente.
- Esperar unos diez minutos a que haga efecto.
- Lubricar abundantemente el dedo índice de la mano dominante.
- Comunicar al paciente que va a comenzar el procedimiento.
- Sugerir al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo.
- Indicar que realice un esfuerzo defecatorio e introducir el dedo índice en el recto en dirección al ombligo.
- Realizar movimientos suaves y rotatorios con el dedo índice, para romper el fecaloma.
- Extraer, con un movimiento de retracción del dedo, los fragmentos del fecaloma.
- Repetir la operación varias veces hasta conseguir retirar la mayor cantidad posible de heces.
- Realizar pequeñas pausas para favorecer tanto el descenso de la masa fecal como el descanso del paciente.
- Retirar la cuña y desechar las heces.
- Retirar los guantes y colocarse otros limpios.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Esta técnica está contraindicada en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.
- Suspender el procedimiento ante la aparición de sangrado, de dolor anal intenso o de cualquier indicativo de reacción vagal.
- Si el fecaloma es muy grande, se debe valorar la posibilidad de extraerlo en varias sesiones.
- Tras la extracción del fecaloma es conveniente administrar un enema de limpieza, con el fin de extraer el contenido fecal restante.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Extracción de fecaloma. [Internet]. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.hulp.es/web_enfermeria/fecaloma.htm
- 7 semanas por urgencias: Paciente con implantación fecal. [Internet]. 2012. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://experiencie-urg-lpm.blogspot.com.es/2012/11/el-martes-llego-urgencias-un-paciente.html>
- Guía de enfermería en Cuidados Paliativos-Osakidetza. [Internet]. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hd_on/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf
- Botella-Dorta C. Extracción manual de un fecaloma situado en ampolla rectal. [Internet]. Actualizada el 24/01/2005. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<https://www.fisterra.com/material/tecnicas/enema/fecaloma2.pdf>

ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA POR COLOSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Es la administración de una determinada cantidad de solución en el colon a través del estoma intestinal.

OBJETIVOS

- Producir la evacuación del contenido del colon.
- Administrar medicación prescrita.
- Facilitar la limpieza intestinal.
- Controlar el dolor.
- Controlar el hábito intestinal.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ostomizado que precise un enema establecido en la prescripción facultativa.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Gasas
- Batea
- Cuña
- Sonda femenina
- Celulosa
- Lubricante hidrosoluble
- Protector absorbente
- Soporte para colgar el enema
- Enema o solución a irrigar
- Esparadrapo hipoalérgico
- Sistema de bolsa de colostomía abierta para irrigación

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar lavado de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el material necesario.

- Colocar al paciente en posición adecuada para realizar la técnica, bien sentado en la cama o bien en el inodoro.
- Proceder a la retirada de la bolsa de colostomía, [PO-0319](#)
- Proteger la cama con el protector absorbente, si el paciente está sentado allí, o ponerle el protector absorbente sobre las piernas sentado en el inodoro.
- Colgar la solución en el soporte.
- Purgar el sistema junto con la sonda, para evitar introducir aire en el colon.
- Colocar la bolsa de ostomía abierta en el estoma limpio.
- Introducir el dedo lubricado por el estoma para saber en qué dirección llevaremos la sonda, previamente lubricada.
- Introducir la sonda a través de la apertura superior de la bolsa en el estoma, muy suavemente y sin forzar.
- Colocar la parte inferior de la bolsa de drenaje en la cuña.
- Abrir el sistema de evacuación a una velocidad lenta.
- Ajustar la velocidad según tolerancia del paciente.
- Retirar la sonda una vez finalizada la administración del enema.
- Dejar salir el inicio de líquido y heces unos 20 minutos.
- Cerrar la parte inferior de la bolsa.
- Esperar aproximadamente 1 hora para retirar la bolsa de drenaje.
- Limpiar bien el estoma y secarlo.
- Colocar una nueva bolsa de colostomía. [PO-0319](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El paciente debe permanecer tranquilo y respirando profundamente.
- Si durante la técnica el paciente tiene dolor, nauseas o calambres se suspenderá la administración.
- Valorar color, consistencia y cantidad del líquido y heces eliminadas.
- Observar posibles irritaciones de la piel.
- Si lo que buscamos es regular el hábito intestinal, se administrará cada 24 o 48 horas siempre a la misma hora, y bajo prescripción facultativa.
- Instruir al paciente para que se dé masajes en el abdomen inferior y alrededor del estoma para facilitar la evacuación, si procede.
- Comprobar la temperatura del líquido.
- Administrar después de las comidas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- León-López A B. Enema por colostomía [Internet] Ciudad Real: Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas; 2012. [Acceso noviembre 2016]. Disponible en: <http://enfeps.foroactivo.com/t943-enema-por-colostomia>
- Guía de Colostomía. Edith Lenneberg, ET. Alan Mendelssohn, MD Linda Cross, ET. Cuidado y manejo de la Ostomía. 2004. [Acceso noviembre 2016]. Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguide.pdf
- Manual de procedimientos de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado



POSICIONES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Cano Latorre, Alejandra Labari Sanz, Genoveva Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I POSICIONES	Z1-NSG-PO-0401 Revisión: A Página 352 de 1160
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UPP	ÚLCERAS POR PRESIÓN
cm	CENTÍMETROS
º	GRADOS

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede hacerlo por sí mismo y colocarlo en la postura óptima, facilitando así su exploración, tratamiento o prevención de lesiones derivadas de un encamamiento prolongado y proporcionándole un adecuado bienestar.

OBJETIVOS

- Procurar comodidad y bienestar físico del paciente.
- Evitar lesiones como consecuencia de malas posiciones.
- Evitar la aparición de isquemia y/o rigideces articulares.
- Evitar complicaciones a nivel respiratorio derivadas del encamamiento.
- Prevenir la aparición de úlceras por presión.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de precisar posiciones adecuadas acordes con su patología, comodidad y terapéutica.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Almohadas
- Sábanas
- Toallas para hacer rodetes
- Rollos trocantéreos
- Sujeciones
- Grúa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Adoptar posturas y medios que prevengan la aparición de lesiones de espalda del personal.
- Colocar al paciente en la postura requerida: decúbito supino, decúbito prono, decúbito lateral derecho e izquierdo, posición de Fowler y semi-Fowler, posición Trendelenburg y Antitrendelenburg, posición de Sims, posición de Roser y posición Ginecológica (a continuación, se explica cada una de ellas con mayor detalle).

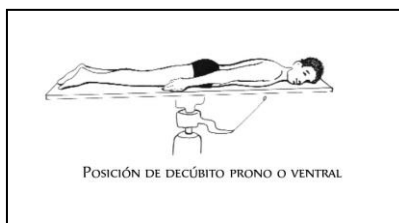
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Posición decúbito supino



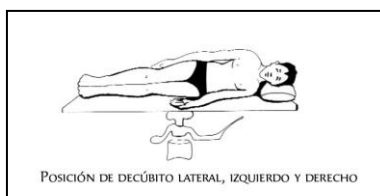
- Colocar al paciente acostado en el centro de la cama.
- Poner una almohada bajo la cabeza (si no existe contraindicación).
- Colocar una almohada debajo de las piernas para flexionar ligeramente las rodillas.
- Si el paciente está inconsciente o con parálisis de extremidades superiores se elevarán los antebrazos con almohadas, asegurándonos de que las manos están con las palmas hacia abajo. Se colocarán rodetes o férulas para muñecas y manos con el fin de conseguir mantener bien alineados mano y dedos.

Decúbito prono o ventral



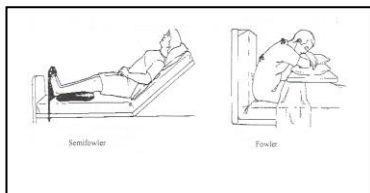
- Colocar al paciente sobre su abdomen en el centro de la cama.
- Girar la cabeza del paciente hacia un lado y colocar una almohada pequeña bajo la misma, sin que cubra los hombros.
- Situar una almohada bajo las piernas por debajo de las rodillas y próxima a los tobillos. Evitar presión en los dedos de los pies (a ser posible dejarlos colgando fuera del colchón).
- Dejar los brazos flexionados a ambos lados de la almohada superior o estirados a lo largo del cuerpo.

Decúbito lateral derecho/izquierdo



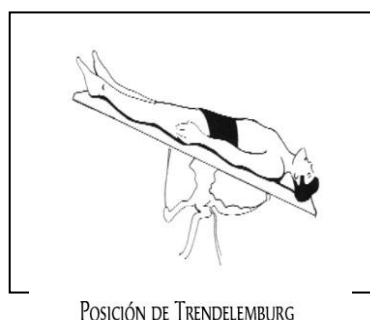
- Colocar al paciente en posición supina en el centro de la cama.
- Girar al paciente hacia uno de los lados.
- Poner una almohada bajo la cabeza y el cuello.
- Dejar ambos brazos ligeramente flexionados. El superior se apoya sobre una almohada colocada bajo el antebrazo y el inferior apoyado en el colchón.
- Poner una almohada contra la espalda para evitar giros.
- Flexionar cadera y rodilla superior colocándola por delante de la otra y poniendo una almohada entre ambas.

Posición Fowler/semi-Fowler



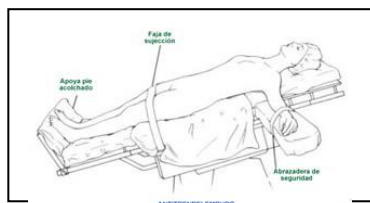
- Fowler: Si el cabecero está entre 45-90°.
- Semi-Fowler: Si está entre 15-45°.
- El paciente, a ser posible, flexionará un poco las rodillas antes de elevar la cabecera. Las caderas deberán estar colocadas en el punto de flexión de la cama.
- Elevar el cabecero tanto como esté prescrito o quiera el paciente.
- Apoyar la cabeza sobre el colchón o bien sobre una almohada pequeña.
- Colocar una almohada en la parte lumbar para sujetar las vértebras y reducir la flexión de la columna.
- Poner de forma opcional, un rollo trocantéreo en sentido lateral a cada fémur para prevenir la rotación externa de las caderas.
- Apoyar los pies del paciente en una tabla que sobresalga varios cm por encima de los dedos. En su defecto, sobre el pie de la propia cama.

Posición Trendelenburg



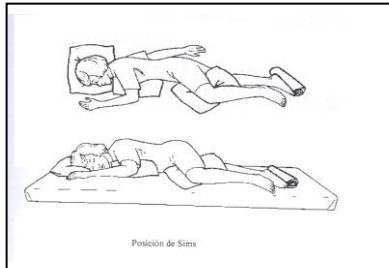
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Inclinar la cama o la mesa quirúrgica 45° de tal modo que la pelvis quede más alta que la cabeza y los muslos más altos que la pelvis.
- Colocar almohadas debajo de la cabeza y rodillos debajo de las rodillas.
- Colocar soportes de sujeción en los hombros para evitar posibles deslizamientos de los pacientes.
- Vigilar los omóplatos, sacro, coxis y talones.
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones en caso de tener vómitos.

Posición Antitrendelenburg, Trendelenburg invertida o Morestin



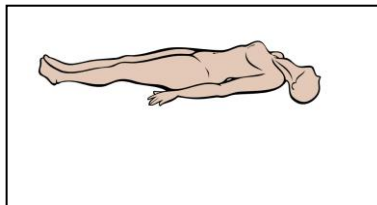
- Posición opuesta a la anterior.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Inclinar la cama o la mesa quirúrgica de tal manera que la cabeza y el tronco queden en un plano superior al de las piernas.
- Colocar almohadas debajo de la cabeza y debajo de las rodillas.

Posición de Sims



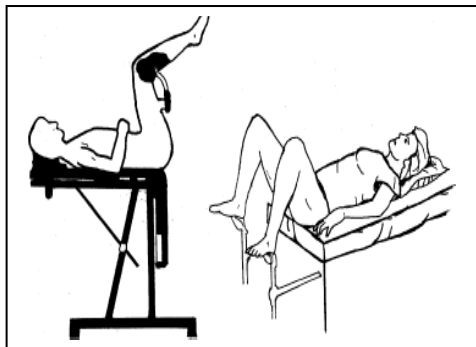
- Colocar al paciente en posición supina en el centro de la cama.
- Girar al paciente hacia el lado izquierdo.
- Colocar bajo la cabeza y el cuello una almohada pequeña.
- Situar el brazo izquierdo detrás del tronco y alejado, de forma cómoda y sin que se obstaculice la circulación. Situar el otro brazo en leve abducción respecto al tronco, con el codo y hombro en flexión. Cubrir con una almohada el hueco creado entre el cuerpo y la cama.
- Los hombros deben quedar alineados con las caderas.

Posición de Roser



- Colocar al paciente en decúbito supino, asegurándose de que la cama está frenada, con la cabeza colgando fuera de la cama o mesa quirúrgica, para facilitar la hiperextensión del cuello.
- Generalmente hay que retirar el cabecero de la mesa quirúrgica.
- Vigilar el cuello, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maléolos.

Posición Ginecológica o de Litotomía



- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocar las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos en abducción y flexión sobre la pelvis. Generalmente debe efectuarse en una camilla especial que cuente con dispositivos para mantener las piernas elevadas, apoyando las pantorrillas o los pies en soportes o estribos.
- Colocar almohadas debajo de la cabeza.
- Comprobar que el grado de apertura de la cadera sea el óptimo para evitar lesiones.
- Comprobar que los muslos y piernas están debidamente sujetos.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Mantener la intimidad del paciente (cortinas, puertas, etc.).
- Dejar al paciente en un medio limpio y cómodo al final de cada movilización. La cama deberá estar limpia, seca y sin arrugas.
- Conservar una correcta alineación corporal en cada postura, prestando especial atención al cuello.
- Realizar cambios posturales cada 4h en pacientes encamados siguiendo el protocolo de prevención de úlceras por decúbito.
- Si tuviera analgesia prescrita, administrarla aproximadamente 30 minutos antes de la movilización, en pacientes que fuese necesario.

- Utilizar grúa siempre que sea preciso porque el paciente no pueda colaborar.
- Utilizar sujeciones mecánicas en pacientes que lo precisen.
- Evitar posiciones que puedan estar contraindicadas (como el decúbito ventral en pacientes con trastornos respiratorios, cardíacos, cirugía abdominal reciente o contractura severa de cadera) o puedan no ser bien tolerados (con aparición de mareos, sudoración, disnea, etc.).
- Educar a las familias sobre la necesidad de hacer cambios posturales y la forma de llevarlos a la práctica.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Miranda de Ebro: Hospital Santiago Apostol. Burgos.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Generalitat, Conselleria de Sanitat, Valencia. 2007. [Acceso 17 marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wpcontent/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142606068203&language=es&pageid=1142605665110&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FHOSP_Contenido_FA%2FHGMA_generico

PRINCIPIOS BÁSICOS DE MECÁNICA CORPORAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I PRINCIPIOS BÁSICOS DE MECÁNICA CORPORAL	Z1-NSG-PO-0402 Revisión: A Página 359 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de pautas encaminadas al uso eficiente, coordinado y saludable del cuerpo para un mejor aprovechamiento de la energía y de la capacidad musculoesquelética en aquellas actividades que entrañen un riesgo potencial de lesión y accidente en el trabajo.

OBJETIVOS

- Movilizar a pacientes y cargas sin poner en riesgo los grupos musculares y sistema nervioso del trabajador, conociendo los movimientos corporales adecuados y su correcta alineación.
- Mejorar la capacidad muscular y de coordinación sin utilizar más fuerza ni tensiones de las necesarias.
- Aumentar la sensación de bienestar para el trabajador y prevención de la fatiga.

ALCANCE

Dirigido a todo el personal del hospital que precise de una correcta mecánica corporal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipos para la movilización manual de pacientes (tablas, discos de transferencia, cinturones, sábanas, grúas, etc.)
- Equipos para la manipulación y transporte de cargas (carros de transporte de material)
- Accesorios para mejorar el alcance y posturas (escaleras, escalones, taburetes, etc)

EJECUCIÓN

- Utilizar el vestuario adecuado que permita emplear una mecánica corporal correcta; ropa holgada que no limite el rango articular en los movimientos y calzado de tacón bajo con buen apoyo del pie, flexible y antideslizante.
- **Disponer de unas buenas condiciones ambientales:**
 - Iluminación adecuada-suficiente, evitar cambios bruscos de temperatura, alternar luz natural con artificial, iluminación de apoyo localizada en tareas que requieran de más precisión.
 - Temperatura adecuada; sistema de acondicionamiento térmico eficiente (calor-frío) con regulación de temperatura. Evitar corrientes de aire en pasillos, habitaciones de pacientes y zonas comunes.

- Diseño del puesto de trabajo adecuado (equipamiento de oficina y almacenaje adecuado con una buena distribución de los elementos de trabajo, etc.).
- Eliminar obstáculos que puedan interrumpir el paso de equipamiento o personas.
- Asegurar suelos no deslizantes ni con irregularidades o inestables.
- Reducir el ruido que pueda dificultar o entorpecer la comunicación.
- **Evitar posturas forzadas (giros, desviaciones, torsiones, carga estática):**
 - Trabajar con materiales o elementos a una altura adecuada; acomodar la zona de trabajo a nivel de cintura:
 - Almacenaje: Elementos de mayor uso a altura de los codos. No almacenar elementos pesados en altura, evitar dejar objetos a ras de suelo. Usar escalones portátiles para alcanzar elementos ubicados en estantes altos.
 - Usar camas y camillas de altura regulable.
 - Planificar y colocar los elementos de trabajo lo más cerca posible para evitar desplazamientos y facilitar su alcance entre los planos de hombros y caderas. Evitar alcances laterales, giros de tronco o cuello. Despejar área de obstáculos.
 - Atender a pacientes en sillones o sillas, el personal trabajará sentado en taburete para evitar flexión de tronco y cuello.
 - Evitar la sobrecarga postural estática prolongada apoyando el peso del cuerpo en una pierna y luego en la otra alternativamente, o, utilizar banqueta de apoyo de un pie y también alternar.
 - Cambiar de postura cada cierto tiempo.
- **Evitar esfuerzos (Manejo de cargas, empujes y arrastres):**
 - Usar equipos que faciliten el movimiento de personas u objetos, en lugar de transportarlos directamente (carros, camillas, camas, etc.).
 - Tirar, empujar los objetos en lugar de levantarlos.
 - Empujar la carga de frente y no arrastrarla de espaldas, ya que el esfuerzo de la columna es menor.
 - Empujar un objeto aumentando la base de sustentación moviendo hacia delante el pie y con los brazos cerca del cuerpo.
 - Realizar la fuerza de empuje con todo el cuerpo, no sólo con los brazos.
 - Tirar de un objeto aumentando la base de sustentación, retrasando una pierna si está de frente al objeto o adelantar la pierna si está de espaldas al mismo.
 - Utilizar el peso del propio cuerpo como fuerza para tirar o empujar, balanceando nuestros pies y coordinando nuestras fuerzas con las del paciente, evitando que tengan sentidos opuestos para no aumentar la resistencia.
 - Levantar una carga: Separar los pies con distancia entre ambos, colocando un pie más adelantado en la dirección del movimiento. Doblar las piernas, manteniendo la espalda recta en todo momento, bajando así el centro de gravedad. Sujetar la carga firmemente empleando ambas manos y pegarla al cuerpo entre el ombligo y pelvis. Mantener la carga pegada al cuerpo

durante todo el levantamiento. No hay que dar tirones, ni giros. Depositar la carga con la misma técnica empleada.

- Flexionar caderas y rodillas al agacharse para recoger un objeto. No flexionar cintura, etc.

- **Movilización de pacientes (Levantar, bajar, sostener, desplazar, estirar):**

- Procurar que los pacientes colaboren lo máximo posible con accesorios (barras de apoyo, trapecio, etc.) para ahorrar esfuerzos musculares y potenciar su autonomía y su recuperación.
- Buscar ayuda de otras personas o utilizar dispositivos mecánicos para mover pacientes u objetos pesados. Evitar que se realicen movilizaciones manuales de riesgo por una sola persona. Usar ayudas mecánicas siempre que sea posible.
- Permitir tiempo necesario para una correcta movilización.
- Conocer la patología del paciente para tener cuidados específicos. Así como nivel de dependencia (Autónomo, semidependiente, dependiente).
- Conocer las técnicas de movilización para cada caso.
- Planificar con el equipo de trabajo antes de una movilización. Tener todo el material necesario preparado. No hacer dos tareas a la vez.
- Empezar cualquier movimiento con una alineación correcta, colocándose en la dirección del movimiento, dirigiendo nuestros pies en el sentido del movimiento. Los pies deben estar separados con una pierna ligeramente adelantada para mantener el equilibrio.
- Mantenerse lo más cerca posible del objeto o persona que se ha de mover.
- Evitar giros de tronco, distensiones o estiramientos. Mantener la cabeza recta, evitar flexionar o girar el cuello.
- Flexionar ligeramente las rodillas, para evitar que se flexione de esta manera el tronco y que la carga vaya dirigida a nuestros miembros inferiores, cuyos músculos son más grandes.
- Utilizar los brazos como palancas, acercándolos lo máximo posible al cuerpo.
- Realizar el agarre firme y cómodo.
- Realizar movimientos suaves, no tirones y movimientos impulsivos.
- Comunicar con instrucciones cortas, sencillas y claras tanto para el equipo de trabajo como para el paciente.

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- Valorar la situación y conocer las limitaciones de cada uno antes de levantar o movilizar objetos o pacientes.
- Evitar esfuerzos musculares continuos y repetitivos. Alternar periodos de descanso y actividad. Pausas regladas.
- Cambiar de actividad para realizar cambios en la postura.
- Realizar en descansos y en la medida de lo posible estiramientos musculares.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso julio 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Torres-Simón J.C, Marin-Sanchez A, Peña-Pérez A.I, Martínez-Moreno E, Luque-Cara M.I. Procedimientos y protocolos de Enfermería en residencias geriátricas. [Internet]. Almería: Diputación Provincial de Almería; 2010. [Acceso Julio 2015]. Disponible en: [http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/DP-RA-PROENF/\\$file/protocolos+y+procedimientos+de+enfermeria.pdf](http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/DP-RA-PROENF/$file/protocolos+y+procedimientos+de+enfermeria.pdf)
- Ferreras-Romesal A, Díaz-Pineda J, Oltra-Pastor A, García-Molina C. Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia. [Internet] Valencia: Instituto de biomecánica; 2007. [Acceso julio 2015]. Disponible en: <http://ciapat.org/biblioteca/pdf/1104-Manual para la Prevencion de los riesgos ergonomicos y psicosociales en los centros de atencion a personas en situacion de dependencia.pdf>

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha:02/2016	Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Monica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 365 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 366 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que presenta limitación del movimiento.

OBJETIVOS

- Mantener la comodidad del paciente.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc).
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la prueba diagnóstica (realizar una óptima higiene postural).
- Potenciar la autonomía del paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado susceptible de precisar movilizaciones.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador si fuera necesario.

MATERIAL

- Ropa de cama
- Toallas para fabricar rodillos
- Almohadas
- Sistemas mecánicos para movilizar pacientes
- Trapecio
- Tablas de transferencias
- Guantes

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario. [ANEXO 0403-I](#)
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 367 de 1152
--	---	---

Movilización en la cama del paciente

- **Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama:**
 - Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
 - En casos específicos en que no existan contraindicaciones se puede colocar la cama en posición Trendelemburg [PO-0401](#), para facilitar por gravedad el desplazamiento.
- *Si el paciente puede colaborar (se necesita una sola persona):*
 - Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.
 - Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.
 - Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.
- *Si el paciente no puede colaborar (se necesitan dos personas):*
 - Colocarse cada persona a un lado de la cama y frente al paciente (cambiar de lado frecuentemente para evitar sobrecarga de siempre los mismos músculos).
 - Colocar los pies separados, así como las rodillas ligeramente flexionadas (el apoyo de las rodillas sobre el lateral de la cama puede descargar un poco la espalda; es importante desplazar el peso de un pie a otro en el sentido del movimiento).
 - Colocar una sábana doblada debajo del paciente, desde los hombros hasta los muslos.
 - Situar el personal a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana o terna, desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando los movimientos de fricción (si es necesario una tercera persona sujetaría los miembros inferiores del paciente).
 - Subir la cabecera de la cama según necesidad (sobre todo cuando existen problemas respiratorios) y comodidad del paciente.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

- **Movilización del paciente hacia un lado de la cama:**

- Frenar la cama y la colocar en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
- Pasar un brazo bajo la cabeza y cuello del paciente hasta coger el hombro más lejano.
- Colocar el otro brazo por debajo de la zona lumbar.
- Una vez sujeto con ambos brazos, tirar suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada.
- Una vez desplazada esa parte del cuerpo, situar uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, procediendo a desplazar la otra parte del cuerpo del paciente hacia la posición deseada.
- Si el enfermo es corpulento debe realizarse entre dos personas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

- **Sentar al paciente en el borde de la cama:**

- Frenar la cama y la colocar en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
- Situar al paciente en el lateral de la cama hacia donde se va a sentar el paciente.
- Llevar al paciente de la posición supina al decúbito lateral sobre el lado hacia el que se levantará.
- Colocar los pies y las piernas del paciente en el borde de la cama.
- Colocar un brazo rodeando los hombros del paciente y el otro sobre el muslo que no está apoyado, cerca de la rodilla.
- Cargar el peso sobre el muslo del paciente mientras movilizamos y ayudamos a levantar lentamente el tronco hacia la vertical (si el paciente puede ayudarnos este paso se puede dividir en dos, apoyando el antebrazo del paciente para después continuar hasta el apoyo sólo de la mano).
- Sostener al paciente hasta que guarde bien el equilibrio y se encuentre cómodo.
- Realizar pequeñas movilizaciones laterales para que el peso se reparta simétricamente entre las dos hemipelvis y la sedestación sea más estable.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 369 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Transferencias del paciente

- **Transferencia del paciente desde la cama hasta otra cama o camilla sin material de ayuda:**
 - Frenar la cama y la colocar en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
 - Colocar a una de las dos personas en el lado externo de la camilla, en el centro, y tirar de la sábana doblada hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al paciente por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla.
 - Quitar el cabecero de la cama, si es posible, para adoptar una postura más ergonómica usando la técnica de arrastre más que la de levantamiento. Si el paciente presenta una zona más vulnerable (inmovilización de fractura, etc), la segunda persona puede colocarse de forma que proteja esa zona.
 - Enrollar los extremos de la sábana bajera lo más cerca posible del paciente para que al tirar la palanca sea menor y se realice un menor esfuerzo.
 - Desplazar al paciente para situarlo en el borde de la cama.
 - Colocar la cama o camilla paralelamente a la cama del paciente.
 - Elevar a la señal convenida al paciente a la vez que se desplaza hacia la camilla o cama.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

- **Transferencia del paciente desde la cama hasta otra cama o camilla con material de ayuda (tabla de transferencia):**
 - Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
 - Situar para realizar el traslado a dos personas en el lateral de la cama opuesto a la camilla y una en el lateral de la camilla del paciente.
 - Colocar una tabla deslizante entre la cama y la camilla por debajo de la sábana de traslado. Las personas situadas en el lateral de la cama se acercan al paciente flexionando la rodilla y colocándola sobre la cama.
 - Colocar los brazos del paciente de forma que no oscilen durante el traslado.
 - Sujetar la sábana lo más cerca posible del cuerpo del paciente, una persona a la altura de cabeza y hombros y otra a la cadera. La persona que permanece al lado del paciente sujeta la sábana y ayuda en el desplazamiento.
 - Deslizar al paciente despacio y con cuidado sobre la cama.
 - Retirar la sábana empleada en el traslado y la tabla de transferencia si ha sido utilizada.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- **Transferencia del paciente desde la cama hasta sillón o silla de ruedas sin material de ayuda:**
- *Primera técnica de transferencia:*
 - Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
 - Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición ligeramente diagonal respecto a la cama; la rueda y la parte anterior del asiento de la silla deben tocar la cama y fijar las ruedas.
 - Cubrir el sillón o silla con una sábana.
 - Retirar las almohadas y reposabrazos de la silla más próximo a la cama.
 - Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama.
 - Ayudar al paciente a ponerse unas zapatillas o zapatos antideslizantes.
 - Colocarse justo enfrente del paciente.

- Coger al paciente por debajo de los hombros. Esta maniobra no siempre es aconsejable, lo importante es que flexionemos el tronco del paciente invitándole a cargar el peso en sus pies, movilizándolo lateralmente la pelvis en descarga en dirección a la silla.
 - Tirar del paciente hacia sí, flexionando las rodillas para sujetar con ellas las piernas del paciente.
 - Girar con el paciente hasta sentarlo en la silla. Se puede hacer en pequeños pasos, pivotando sobre los pies del paciente, prestando especial atención al pequeño hueco que pueda quedar entre cama y silla.
 - Colocar la pelvis del paciente lo más próxima al respaldo para que tenga un buen apoyo lumbar, evitando las algias lumbares por una sedestación prolongada.
 - Bajar las plataformas de los pies y colocar en ellas los pies del paciente.
 - Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.
 - Frenar la silla de ruedas.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- *Segunda Técnica:*
 - Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirando las almohadas y destapando al paciente.
 - Para pacientes con dificultad en la movilidad se necesitarán más de una persona.
 - Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición ligeramente diagonal y fijar las ruedas.
 - Cubrir el sillón o silla con una sábana.
 - Retirar las almohadas.
 - Incorporar al paciente y colocar los brazos cruzados encima del tórax.
 - Ambas personas se colocarán a los lados del paciente y usando una sábana sobre la que el paciente está sentado lo invitan a flexionarse mientras se ayudan de la sábana para movilizar la zona de apoyo de los isquiones que ahora se encontrará soportando un peso menor. Es importante que con el otro brazo los asistentes eviten que el paciente extienda el tronco lanzándose hacia atrás durante la maniobra.
 - Levantar a la señal convenida, al paciente y sentarlo en el sillón.
 - Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- **Transferencia del paciente desde la cama hasta sillón o silla de ruedas con material de ayuda (grúa de traslación):**
- *Desde la posición decúbito supino:*
 - Colocar al paciente en decúbito lateral (en enfermos con fractura de cadera, colocar una almohada doblada entre las piernas, para evitar que las junte).
 - Colocar el arnés y una sábana doblada hacia la mitad, si el enfermo no la tuviese colocada.
 - Girar al paciente hacia el decúbito contrario.
 - Acabar de estirar el arnés y la sábana doblada.
 - Pasar las bandas más largas del arnés por debajo de ambas piernas y entrecruzarlas, la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- *Desde la posición de sentado:*
 - Incorporar al paciente hasta la posición de sentado.
 - Colocar el arnés de arriba-abajo, por debajo de una sábana doblada (del mismo modo que se hace si el enfermo está sentado en una silla), hasta la altura de la cintura.
 - Acostar de nuevo al enfermo.
 - Hacer pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlas como se explicó arriba en el método de decúbito lateral.
 - Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, elevar un poco el brazo de la grúa.
 - Acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al enfermo.
 - Colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella, en la posición más corta, es decir, más cercana al cuerpo del arnés.
 - Colocar las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, o sea, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho; así el enfermo, irá más sentado al elevarlo.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 373 de 1152
--	---	--

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Tener en cuenta las posibles limitaciones del paciente en la higiene postural del mismo y guardar, siempre que sea posible, la máxima simetría, respetando las posiciones articulares anatómicas.
- Colocar la cama en posición horizontal y frenada.
- Tener al alcance las almohadas y/o dispositivos específicos a utilizar.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
- Vigilar el estado general del paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	Z1-NSG-PO-0403 Revisión: A Página 374 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. [Internet] Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2012. [Acceso enero 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ, et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso enero 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. [Internet] Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración; 2003. [Acceso enero 2016]. Disponible en: [Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas.](#)

ANEXO 0403-I

PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DORSOLUMBARES EN LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

- Realizar agarres seguros, consistentes...
- Se utilizará el peso del cuerpo como contrapeso, así como la inercia de la persona a movilizar.



- Mejor empujar que tirar.
- Usar puntos de apoyo externos (rodilla sobre la cama, pierna apoyando lateral de la silla...)



6. Usar las ayudas técnicas disponibles

- Adaptar la altura de la cama para evitar flexiones de espalda.
- Subir o bajar el cabecero, favoreciendo la colocación del paciente.
- Utilizar deslizadores, discos, rulos de transferencia...



- Si es preciso usar grúas (se debe conocer previamente el manejo)

7. Usar ropa y calzado adecuados

- Usar calzado cerrado con suela antideslizante.
- La ropa será cómoda, evitando prendas ajustadas o demasiado amplias.



- En el ámbito sanitario la movilización de pacientes es una tarea que se realiza con mucha frecuencia.

- Esta es una de las tareas que suele ser causa de accidentes a los trabajadores, en muchas ocasiones ocasionando bajas laborales, lesiones permanentes...

- Hay muchos factores que pueden influir en la aparición de lesiones dorsolumbares en relación con estas tareas: posturas inadecuadas, mala planificación de la tarea, realizar las movilizaciones en solitario, no utilizar adecuadamente las ayudas técnicas...

Qué podemos hacer para prevenir los trastornos dorsolumbares?

1. Evaluar el trabajo a realizar

Antes de realizar una movilización debemos valorar:

- El peso del paciente.
- Necesidad de ayuda de otra persona.
- La necesidad de usar la grúa u otra ayuda técnica.
- El espacio disponible.
- Que movilización vamos a realizar.

2. Planificar la movilización

- Es fundamental saber por dónde debemos asir al paciente, según su lesión, grado de dependencia...
- Preparar la zona y elementos que se precisen.

3. Solicitar ayuda

- En caso de pacientes totalmente dependientes, con un peso excesivo, cuando no se puede usar grúa por la patología del paciente..., solicitar la ayuda de uno o varios compañeros según el caso.



4. Pedir colaboración al paciente

- Debemos aprovechar la colaboración del paciente cuando su grado de dependencia o patología lo permita.
- Explicarle previamente qué vamos a hacer y darle instrucciones concretas.

5. Respetar los principios básicos de la movilización de personas

- Repasar los movimientos esenciales y la forma de realizarlos correctamente.
- La espalda debe mantenerse recta, flexionando las rodillas.
- No torsionar, girar la espalda (el giro debe realizarse desde los pies, todo el cuerpo).
- Los pies se colocarán separados a la anchura de las caderas, uno más adelantado que otro, para tener una buena base de apoyo y aumentar la estabilidad.



- El paciente debe mantenerse próximo a nuestro cuerpo.



MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE AYUDA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE AYUDA	Z1-NSG-PO-0404 Revisión: A Página 378 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE AYUDA	Z1-NSG-PO-0404 Revisión: A Página 379 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas encaminadas a favorecer el desplazamiento del paciente ayudándose de un elemento de apoyo, para conseguir un nivel adecuado en su necesidad de movimiento.

OBJETIVOS

- Permitir el desplazamiento en bipedestación, contribuyendo a la recuperación y readaptación de la marcha.
- Potenciar la fuerza física del paciente y la recuperación de su autonomía.
- Aportar estabilidad y equilibrio durante la deambulación.
- Reforzar la seguridad y confianza del paciente para su movilización.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado susceptible de precisar dispositivos de ayuda para su movilización.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Andadores
- Bastón inglés (muleta)
- Bastones unipodales o multipodales

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verificar que el dispositivo de ayuda mecánica es el prescrito y verificar la indicación terapéutica que especifique el comienzo de la deambulación.
- Enseñar, antes de comenzar a utilizar el dispositivo, la técnica y los principios mecánicos del acto de andar con ayuda.
- Transmitir paciencia y evitar prisas.
- Asegurar que el lugar para deambular debe estar bien iluminado, sin obstáculos, ser suficientemente amplio y con el suelo seco.
- Proporcionar prótesis y ortesis que precise para favorecer su seguridad (audífonos, gafas, etc.)

- Indicar y ayudar, si es necesario, que el paciente se coloque y siente en el borde de la cama, dejándolo descansar unos minutos antes de ponerse de pie.
- Colaborar, si es necesario, en la colocación del calzado adecuado (plano, antideslizante y que sujete bien el pie).
- Indicar que coloque en el suelo los pies con una distancia entre ambos de 15 centímetros.
- Ofrecer sujeción, si es necesario, para que el paciente se quede de pie antes de moverse, comprobando que es capaz de mantener el equilibrio, coordinación y fuerza.
- Medir y ajustar el dispositivo de ayuda prescrito a la altura del paciente.
- Enseñar al paciente a mantener el equilibrio sobre el dispositivo, a cargar todo el peso sobre él, ejerciendo presión hacia abajo con los brazos y manos, para comprobar que es capaz de moverlo hacia delante, atrás y a los lados.
- Enseñar la posición que debe adoptar al inicio de la marcha y durante la misma: rodillas, cadera, espalda y cabeza alta y erguida mirando de frente.

Deambulación con andador:

- Sujetar el andador con ambas manos.
- Colocar el andador a la altura adecuada. El puño debe estar a la altura del trocánter mayor, el brazo flexionado 90 grados o bien si es un andador antebraquial 20 ó 30 grados.
- Desplazar hacia delante el lado derecho del andador y el pie izquierdo. Seguidamente desplazar hacia delante el lado izquierdo del andador y el pie derecho.
- Si una pierna es más débil que la otra, se adelanta el andador y la pierna débil unos 15 cm mientras se soporta el peso del cuerpo. Seguidamente se adelanta la pierna sana mientras se soporta el peso con la pierna débil, con la pierna sana y con ambos brazos.

Deambulación con bastón o con un bastón inglés:

- Coger el bastón con la mano contraria al lado afectado, con un ángulo del codo entre 20 ó 30 grados. Regular la altura de la caña del bastón inglés, para que la empuñadura quede a la altura del trocánter mayor del paciente.
- Colocar el dispositivo de ayuda 15 cm hacia el lado externo y 15 cm por delante del pie para distribuir el peso entre el pie sano y el bastón.
- Descansar el peso sobre el pie sano y adelantar el bastón unos 10 cm.
- Distribuir el peso entre el pie sano y el bastón desplazando hacia delante el pie afectado hasta quedar paralelo con el bastón.
- Soportar el peso entre el bastón y el pie afectado y adelantar el pie sano hasta colocar el talón del mismo ligeramente sobrepasando el bastón.
- Adelantar el pie afectado hasta la altura del sano y volver a repetir los pasos anteriores.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE AYUDA	Z1-NSG-PO-0404 Revisión: A Página 381 de 1152
--	---	--

Deambulaci3n con dos bastones ingleses:

- Ajustar la caña de los bastones ingleses para que la empuñadura quede a la altura del troc3nter mayor del paciente.
- Colocar los bastones ingleses 15 cm por delante de los pies al iniciar la marcha.
- Marcha en cuatros puntos (El paciente no puede sostener su peso sobre las extremidades inferiores): adelantar el bast3n derecho unos 15 cm, adelantar el pie izquierdo hasta el nivel del bast3n izquierdo, adelantar el bast3n izquierdo y adelantar pie derecho.
- Marcha en tres puntos (El paciente puede soportar el peso sobre una pierna y sostenerlo parcialmente sobre la otra): adelantar ambos bastones y la pierna m3s d3bil y adelantar la pierna m3s fuerte.
- Marcha en dos puntos (El paciente no puede soportar el peso sobre las piernas, pero tiene fuerza en los brazos): adelantar los dos bastones al mismo tiempo, levantar el peso corporal con los brazos y balancearlo hasta alinearlos con los bastones.
- Dejar al paciente limpio, en posici3n c3moda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que no existe contraindicaci3n a la deambulaci3n y que el dispositivo de ayuda es el correcto.
- Durante la deambulaci3n valorar fuerza, equilibrio, coordinaci3n de los miembros superiores o inferiores.
- Establecer puntos de reposo por si la tolerancia a la actividad fuera inferior a lo esperado.
- Mientras el paciente comienza la deambulaci3n y no tiene dominio de la marcha con el dispositivo de ayuda seleccionado, deber3 ser acompañado por el personal o bien por alg3n miembro de la familia que previamente haya sido instruido.
- Valorar peligros potenciales del ambiente para prevenir posibles caídas.
- Colocar almohadillas en las zonas de apoyo de las manos para evitar lesiones.
- Revisar las conteras de goma o caucho de los andadores y bastones, ya que se desgastan con el uso, as3 como del dispositivo entero.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la t3cnica.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON DISPOSITIVOS DE AYUDA	Z1-NSG-PO-0404 Revisión: A Página 382 de 1152
--	---	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de Enfermería. Deambulaci3n Del enfermo con ayuda mecánica [Internet] Madrid: Hospital general Greg3rio Marañ3n; 2010. [Acceso abril 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Deambulaci3n+del+enfermo+con+ayuda+mec3nica.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145483&ssbinary=true>
- ATS/DUE de las Instituciones Sanitarias del INSALUD. Sevilla: Ed. MAD; 1999.
- Manual del CTO de enfermería. Madrid: Ed. CTO Medicina S.L; 2000.
- Documentaci3n de Enfermería. Movilizaci3n de pacientes [internet] Hospital Universitario "Reina Sofía", C3rdoba: Servicio Andaluz de Salud; Revisi3n abril 2011. [Acceso abril 2015]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=procedimientos>
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g2_movilizacion_pacientes.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y pr3ctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.

MOVILIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha:05/2016	Fecha: 05/2016	Fecha: 05/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Labari Sanz, Genoveva Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Monica Yagüe López, Rocío	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA	Z1-NSG-PO-0405 Revisión: A Página 384 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADOS
----	--------------------

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA	Z1-NSG-PO-0405 Revisión: A Página 385 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente intervenido quirúrgicamente de fractura/prótesis de cadera durante el postoperatorio.

OBJETIVOS

- Evitar complicaciones como consecuencia de malas posiciones.
- Minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.
- Evitar posturas y tensiones peligrosas.
- Potenciar la autonomía del paciente, asistiéndolo de forma pasiva sólo cuando sea necesario (en las transferencias de una posición a otra).
- Procurar comodidad y bienestar físico del paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo pacientes intervenidos quirúrgicamente de una fractura pertrocantérea o subcapital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Almohada
- Media elástica
- Andador
- Adaptador para elevar asientos e inodoro
- Marco Balcánico o barra para adaptar trapecio
- Calzado cerrado sin cuña, si es posible, con suela antideslizante

EJECUCIÓN

Actuación de enfermería al ingreso del paciente para intervención quirúrgica

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Abrir hoja de trayectoria.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar protección de talones.
- Administrar oxigenoterapia a 2 litros, independientemente de la saturación que tenga el paciente.

- Colocar tracción cutánea o antirrotatorio si prescripción facultativa.
- Administrar Optovite®, según prescripción facultativa, al ingreso independientemente de cuando sea la fecha de intervención.
- Seguir el protocolo de guía asistencial:
 - Realizar extracción de sangre completa: [PO-1608](#)
 - Perfil geriátrico
 - Pruebas cruzadas, si prescripción facultativa
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales cuando el paciente se encuentra ingresado.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar recipiente y cursar al laboratorio junto con la petición.

Actuación de enfermería después de la intervención quirúrgica

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- En la cama, el paciente intervenido de una prótesis (1 incisión), debe permanecer con las piernas separadas, ayudándose de una almohada entre las piernas y no debe rotar los pies.
- En la cama, si el paciente intervenido con clavo gamma (3 incisiones), no tolera la almohada, ésta se puede retirar.
- Cuando sea necesario, lateralizar al paciente para la higiene o el cambio de ropa de cama, colocarle sobre el lado sano, colocando una mano en el tercio inferior y cara interna del muslo afecto y la otra mano en la región sacra, manteniendo la almohada entre las piernas para evitar la abducción de la cadera.
- Cuando el paciente se vaya a levantar, hacerle salir y entrar por el lado de la extremidad operada para evitar la rotación interna.
- Levantar apoyándose en los codos y manos, elevando la parte superior del cuerpo y moviéndose en bloque para bajar primero la pierna operada sin flexionarla apoyándose en la pierna sana.
- En caso de que el paciente vaya a sentarse, se debe apoyar sobre los brazos del sillón, con la espalda y la pierna operada recta. Una vez sentado debe flexionar la rodilla del lado afectado.
- La altura de la silla debe permitir que las caderas estén al mismo nivel o discretamente más altas que las rodillas.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales cuando el paciente se encuentra ingresado.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA	Z1-NSG-PO-0405 Revisión: A Página 387 de 1152
---	---	--

- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar recipiente y cursar al laboratorio junto con la petición.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Solicitar a la familia que es aconsejable traer calcetines de deporte.
- Si el paciente es portador de sonda vesical, ésta se colocará por el lado sano.
- Escotar el pañal de modo que no cubra la herida quirúrgica.
- Poner la cuña por el lado sano.
- No cruzar las piernas.
- Colocar el cartel que identifica al paciente como intervenido de prótesis de cadera, después de subir de quirófano.
- En pacientes que necesiten medias elásticas:
 - Colocar Tubigrip cuando se levante con la medida que se ajuste y colocarla desde la base de los dedos hasta debajo de la rodilla.
 - Retirar la media cuando se acueste en la cama.
- Evitar los movimientos de abducción/abducción para no producir luxaciones en la pierna afecta.
- Utilizar sólo la grúa de bipedestación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I MOVILIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA	Z1-NSG-PO-0405 Revisión: A Página 388 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Avellana Zaragoza J, Fernández Portal L, coordinadores. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Elsevier Doyma; 2007.
- Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (GEIOS). Tratamiento multidisciplinar en la fractura de cadera. Madrid: Multimédica Proyectos, S.L.; 2009. Bardales Mas Y, González Montalvo JI, Abizanda Soler P, Alarcón Alarcón MT. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012; 47 (5): 220-227. Fraile Caviedes C, Echevarría Zamanillo M, Díez Sánchez T, Pareja Corzo L, del Río Isusi P, bayón Calvo P.
- Documentación de enfermería. Cuidados de enfermería en la movilización del enfermo con fractura/prótesis de cadera [Internet]. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, 2009. [Acceso 17 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Movilizaci%C3%B3n+del+enfermo+con+fractura+pr%C3%B3tesis+de+cadera.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862880891&ssbinary=true>

CAMBIOS POSTURALES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016	Fecha: 07/2016
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIOS POSTURALES	Z1-NSG-PO-0406 Revisión: A Página 390 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Actuaciones de Enfermería encaminadas a realizar modificaciones en la postura corporal del paciente encamado

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad.
- Ayudar al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar físico, en condiciones de seguridad y comodidad.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente con necesidad de cambios posturales.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes
- Almohadas
- Ternas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- La enfermera en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos.
- Para prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilización los cambios deben realizarse cada 2-4 horas, siguiendo la siguiente rotación:
- Decúbito supino, decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo.
- Inspeccionar, al realizar la movilización, los puntos de apoyo para detectar enrojecimientos, eritemas etc.
- Valorar la evolución de la movilidad del paciente.

Decúbito supino

- Se considera bien alineado un paciente trazando una línea recta entre el centro de la frente y los dos pies.
- Poner la cama en posición horizontal.
- Desplazar al paciente al centro de la cama con ayuda de la terna.
- Colocar bajo la cabeza una almohada, de modo que el cuello quede recto, alineado con la columna, pero no hiperextendido.
- Situar los brazos a lo largo del cuerpo, con los codos ligeramente flexionados.
- Colocar las muñecas en posición neutra.
- Levantar los talones, utilizando una almohada pequeña.
- Colocar los pies formando un ángulo de 90º con las piernas.
- Evitar la rotación externa de la cadera, el pie equino y el flexo de cadera y rodilla.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Decúbito lateral

- Desplazar al paciente con la ayuda de la terna hacia el lado contrario del que se le va a colocar.
- Girar y colocar lateralmente al paciente, situando una almohada en la espalda para mantener la posición. La cabeza debe apoyarse sobre otra almohada, manteniendo la alineación con la columna.
- Extender la pierna inferior en línea recta con la espalda y los hombros.
- Flexionar la pierna superior por la cadera y la rodilla y apoyarla sobre una almohada que vaya desde la parte superior del muslo hasta la pantorrilla.
- Colocar el brazo inferior en rotación externa.
- El brazo superior se colocará con el codo en flexión, si es posible encima de una almohada.
- Colocar barandillas laterales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Prestar atención en la realización de las maniobras si el paciente es portador de sueros, sondas o algún otro dispositivo, dejándolos correctamente colocados una vez acomodado el paciente.
- Evitar que en las movilizaciones el paciente sea arrastrado en la cama.
- Evitar en las distintas posturas el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Vigilar la posición correcta de las articulaciones para evitar contracturas, deformidades y rigidez.

CUIDADO DEL MATERIAL

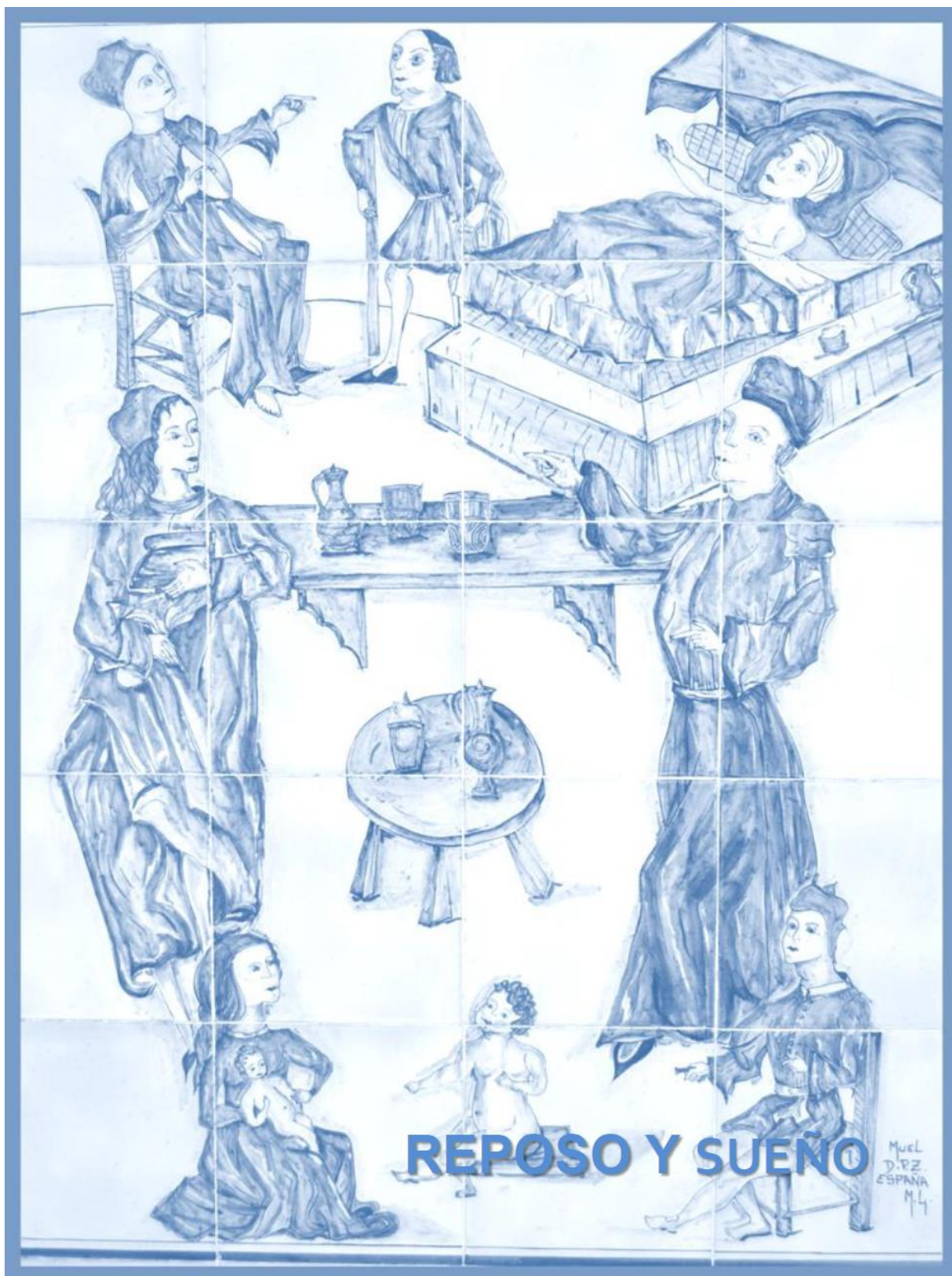
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- La necesidad y la frecuencia de los cambios posturales.
- Anotar si existe alguna postura contraindicada.

BIBLIOGRAFÍA

- Cambios posturales. [Internet] [Acceso junio 2017]. Disponible en:
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/30/Cambios_posturales_pdf.pdf
- Díaz Alondo Y, Pérez Gómez M. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. [Internet] Asturias: Hospital Universitario Central; 2011. [Acceso junio 2017]. Disponible en:
http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/CAMBIOS%20POSTURALE%20Y%20TECNICAS%20DE%20MOVILIZACION%20Y%20TRASLADO%20DEL%20PACIENTE.pdf



CUIDADOS PARA PROPICIAR EL REPOSO Y EL SUEÑO DEL PACIENTE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

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

- **Sueño:** Estado de conciencia en que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, ejerciendo efectos fisiológicos tanto sobre el Sistema Nervioso como sobre otras estructuras corporales.
 - *Sueño no REM:* Sueño profundo y reposado.
 - *Sueño REM:* Sueño menos profundo y reposado.
- **Reposo:** Estado que implica calma, relajación, ausencia de estrés emocional y de ansiedades.

Factores que afectan al sueño

- **Intrínsecos:**
 - *Edad:* El número de horas y la profundidad del sueño disminuye según aumenta la edad.
 - *Ejercicio:* Un ejercicio moderado favorece el sueño.
 - *Estilos de vida que dificultan el sueño:* Ejercicio físico excesivo, alcohol, tabaco y otros estimulantes (café, té y chocolate).
 - *Motivación:* Algo que gusta o distrae, mantiene despierto. Algo que aburre, induce al sueño.
 - *Enfermedades:* Las personas enfermas necesitan más horas de sueño para ahorrar energía y aumentar la capacidad de reparación de tejidos dañados. El dolor provocado por algunas patologías, así como la hipoxemia, la hipercapnia y la congestión nasal provocan alteraciones en el sueño.
 - *Medicación:* Los beta-bloqueantes producen insomnio y pesadillas. Los narcóticos, antidepresivos y tranquilizantes producen disminución del sueño REM y pesadillas con sobresaltos. Los diuréticos, administrados antes de horarios de sueño nocturno, producen despertares para micción.
- **Extrínsecos:**
 - *Ambiente:* Puede dificultar o favorecer el sueño. La presencia de estímulos no usuales (luz, ruido, horarios de administración y procedimientos) y el aumento de los estímulos habituales, puede evitar que la persona duerma.
 - *Dieta:* Los alimentos ricos en L-Triptófano (leche, queso, ternera, atún y nueces) inducen al sueño. La ingesta, tanto en exceso como en defecto, dificulta el sueño reparador (la hipoglucemia dificulta el sueño).

OBJETIVOS

- Favorecer el descanso del paciente.
- Favorecer unos ritmos regulares de sueño-vigilia en cantidad y calidad suficiente, para conseguir los efectos reparadores del sueño en el organismo.
- Enseñar al paciente y familia las medidas para fomentar el sueño.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado que precisa de cuidados para propiciar el reposo y el sueño.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- El necesario para favorecer el reposo y el sueño según las necesidades de cada paciente.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Instruir al paciente y familiares acerca de los factores fisiológicos, psicológicos, estilos de vida y demás factores ambientales que contribuyen a trastornar el esquema de sueño.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Ofrecer un vaso de leche o tila a aquellos pacientes que puedan tomarlo antes de dormir.
- En pacientes con dolor, administrar la analgesia prescrita 30 minutos antes de la hora de dormir.
- Facilitar la comunicación si existe miedo o ansiedad que interrumpen el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.
- Limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Promover medidas de confort:

- Adecuar la ropa de cama a las necesidades del paciente. Si el paciente es dependiente asegurarse de que está seco, limpio y sin arrugas en las sábanas.
- Si el paciente está de acuerdo, cerrar las persianas para que no entre luz de la calle.
- Apagar la luz de la habitación dejando luz testigo.
- Cuando se requiera entrar a la habitación, utilizar la luz del baño con puerta entreabierta, la de cabecera cuando sea necesaria y la general cuando sea imprescindible.
- Dejar en modo nocturno los dispositivos que tengan esta función (bombas de perfusión, respiradores, etc).
- Apagar las luces de los pasillos cuando no sean imprescindibles.
- Cerrar la puerta de la habitación si al paciente no le importa, después de crear un ambiente seguro para favorecer la intimidad, disminuir la luz y los ruidos. Si precisa una estrecha vigilancia valorar dejar la puerta entreabierta primando siempre la seguridad.
- Respetar los horarios de televisión, radio y uso de móviles. Si fuera necesario recomendar uso de dispositivos de escucha individual.
- Mantener un volumen de voz lo más bajo posible, tanto los pacientes y acompañantes como los profesionales.
- Utilizar calzado con suela de goma para que el ruido sea amortiguado.
- Controlar la temperatura ambiental.
- Crear un ambiente de seguridad:
 - Situar la cama lo más baja posible.
 - Colocar las barras laterales si es necesario o el paciente lo solicita.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Mantener despejado el acceso al cuarto de baño.
- Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño (relajación muscular progresiva, respiración, masajes, etc).

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Establecer horario de siesta después de comer si no interfiere en descanso nocturno.
- Si es posible y su proceso lo permite, realizar ejercicio durante el día para reducir el estrés y conseguir un cansancio moderado.
- Indicar al paciente que presenta síndrome de piernas inquietas que camine antes de acostarse para disminuir las mioclonias y favorecer el sueño.
- Si el paciente no puede dormir averiguar la causa y tomar las medidas adecuadas.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Generalitat, Conselleria de Sanitat. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Documentación de enfermería. Cuidados para propiciar el reposo y el sueño del enfermo [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados+para+propiciar+el+reposo+y+el+sue%C3%B1o+del+enfermo.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145663&ssbinary=true>
- Guzmán-Artiach G, Del Cura-González MI, Díaz del Campo-Fontecha P, De la Puente MJ, Fernández-Mendoza J, García-Laborda A, et al. [Internet] Guía de Práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Enter_compl.pdf



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ACTIVIDAD/EJERCICIO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2015	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ACTIVIDAD/EJERCICIO	Z1-NSG-PO-0601 Revisión: A Página 403 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a promover y favorecer la autonomía en las actividades de la vida diaria. Para llevar a cabo estas actividades serán muy importantes las ayudas técnicas.

Las ayudas técnicas son cualquier producto, instrumento, equipo o sistema utilizado por personas con discapacidad para compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía, permitiéndoles alcanzar un mayor grado de dependencia en las actividades de la vida diaria y proporcionándoles en general una mayor calidad de vida.

OBJETIVOS

- Facilitar ayudas técnicas, instrumentos o equipos para compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia o incapacidad de movilidad.
- Educar a la familia y acompañante en la importancia del ejercicio y actividad.
- Tener en cuenta las características e intereses de los pacientes para la realización de actividades.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

El necesario para favorecer la actividad y el ejercicio según las necesidades de cada paciente. Algunas de las ayudas técnicas que facilitarán la movilidad serán:

- Pasamanos en los pasillos en ambos lados y demás zonas de tránsito.
- Aseos con apoyos y asideros en los inodoros y duchas.
- Alza-elevador para WC
- Mangos adaptados para cubiertos
- Andadores, bastones y muletas
- Sillas y sillones con brazos y reposapiés
- Grúas y camas articuladas
- Triángulo de Balkan en camas de traumatología

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Valoración de las necesidades

La recogida de datos permite a la enfermera observar las manifestaciones de independencia del paciente y las interacciones con otras necesidades. En la entrevista preguntaremos sobre problemas o limitaciones relacionados con la actividad, si necesita ayuda, cuál es su limitación, si hay dolor, ejercicio físico habitual de mantenimiento, nivel de actividad, y cómo influyen las emociones.

- *Manifestaciones de Independencia:*
 - Alineación correcta.
 - Tolerancia a la actividad.
 - Movilidad articular.
- *Manifestaciones de Dependencia:*
 - Inmovilidad física.
 - Intolerancia a la actividad.
 - Estilo de vida sedentario.
 - Limitación de la amplitud de movimientos.
 - Reducción de la habilidad motora.
 - Problemas de equilibrio.

Cuidados Básicos

- Promocionar actividades para fomentar la salud, como un plan de ejercicio regular.
- Mantener un alineamiento adecuado.
- Prevenir complicaciones de la inactividad.
- Mejorar el uso de la mecánica corporal.
- Prevenir las lesiones.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La capacidad de moverse determina el grado de independencia que cada persona tiene para realizar actividades de la vida diaria.
- Factores biológicos, psicológicos o socioculturales pueden alterar la función motora, pudiendo afectar tanto a la postura que adopte el individuo y a su coordinación del movimiento, como al equilibrio que le permita mantener la estabilidad.
- Toda ayuda técnica debe reunir una serie de características y requisitos:
 - Sencillez
 - Eficacia
 - Ser utilizada cuando no existe otro medio
 - Responder a las necesidades para las que han sido concebidas
 - Seguras, evitando riesgos innecesarios
 - Materiales resistentes y de fácil limpieza

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar y mantener limpieza de los dispositivos que emplearemos.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado, entrevistas y valoraciones. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco-Fraile C, Saravia-Lavín R, Lázaro-Otero MM. Metodología de la enfermería. Valoración de las 14 necesidades básicas. Tema 3.6. [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria. [Citado octubre 2015] Disponible en:
 - **Tema 3. La valoración**
 - **MC-F-003.** 3.1 Introducción.
 - **MC-F-004.** 3.2 Recogida de datos. Observación.
 - **MC-F-005.** 3.3 Recogida de datos. Entrevista.
 - **MC-F-006.** 3.4 Recogida de datos. Examen físico.
 - **MC-F-007.** 3.5 Validación.
 - **MC-F-008.** 3.6 Necesidades básicas
 - **Tema 6. La ejecución**
 - **MC-F-013.** Tema 6.1 La ejecución. Documentación.
 - **MC-F-014.** Tema 6.2 La ejecución. Estandarización de cuidados.
- Sigas YM. Enfermería básica. Cuidados de enfermería a pacientes con necesidad de movimiento y ejercicios. [Internet]. Astorga: Universidad de ciencias y humanidades. Salud y medicina; 2013. [citado octubre 2015]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/YolandaMariaSiguasAstorga/cuidados-de-enfermera-a-paciente-con-necesidad-de-movimiento-y-ejercicios>
- Kim MJ, Mc Farland G, Mc Lane A. Diagnóstico de enfermería y plan de cuidados. [Internet]. Madrid. Mosby: 1994. [citado octubre 2015]. Disponible en:
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjV8PSWvKRLAhVL0hoKHcLRDI8QFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fwww5.uva.es%2Fguia_docente%2Fuploads%2F2012%2F476%2F46226%2F1%2FDocumento.pdf&usq=AFQjCNEz4wUjJ87wFf4YQmIGkWFmK-4MOg&sig2=45IqqYkrOkMKddEU942nSg

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL VESTIR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2015	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

La necesidad de vestirse y desvestirse es la de proteger al cuerpo en función de las condiciones externas, de las normas sociales, del pudor y de los gustos personales, facilitando el adecuado funcionamiento del organismo.

OBJETIVOS

- Facilitar al paciente ropa que permita:
 - Libertad de movimientos.
 - El acceso a las zonas corporales que necesiten una manipulación o visualización frecuentes.
 - Proteger adecuadamente del frío o del calor.
 - Mantener una imagen digna.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente que requiere una asistencia hospitalaria.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Prendas de vestir cómodas y fáciles de poner
- Ropa de cama y baño adecuados
- Útiles de higiene personal

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Valoración de las necesidades

La recogida de datos permite a la enfermera observar las manifestaciones de independencia del paciente y las interacciones con otras necesidades.

- *Manifestaciones de Independencia:*
 - Valorar la capacidad física para vestirse y desvestirse.
 - Elegir la vestimenta adecuada, que favorezca las funciones fisiológicas y de limpieza.
- *Manifestaciones de Dependencia:*
 - Elegir ropas inapropiadas según las circunstancias y la necesidad.
 - Tener incapacidad para el acto de vestirse o desvestirse.
 - Llevar vestidos sucios o en mal estado con aspecto desaliñado.
 - Llevar ropa no confortable e inadecuada.
 - Ser incapaz de permanecer vestido.

Cuidados básicos

- Ayudar al paciente en el autocuidado cuando precise.
- Proporcionar prendas de vestir cómodas, holgadas, con cierres modificados fáciles.
- Animar al paciente a vestirse por sí mismo y prestarle ayuda cuando precise.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La capacidad de moverse determina el grado de independencia que cada persona tiene para realizar actividades como son el aseo, la comida, el vestido, o la evacuación.
- Factores biológicos, psicológicos o socioculturales pueden alterar la función motora, pudiendo afectar tanto a la postura que adopte el individuo y a su coordinación del movimiento, como al equilibrio que le permita mantener la estabilidad.

CUIDADO DEL MATERIAL

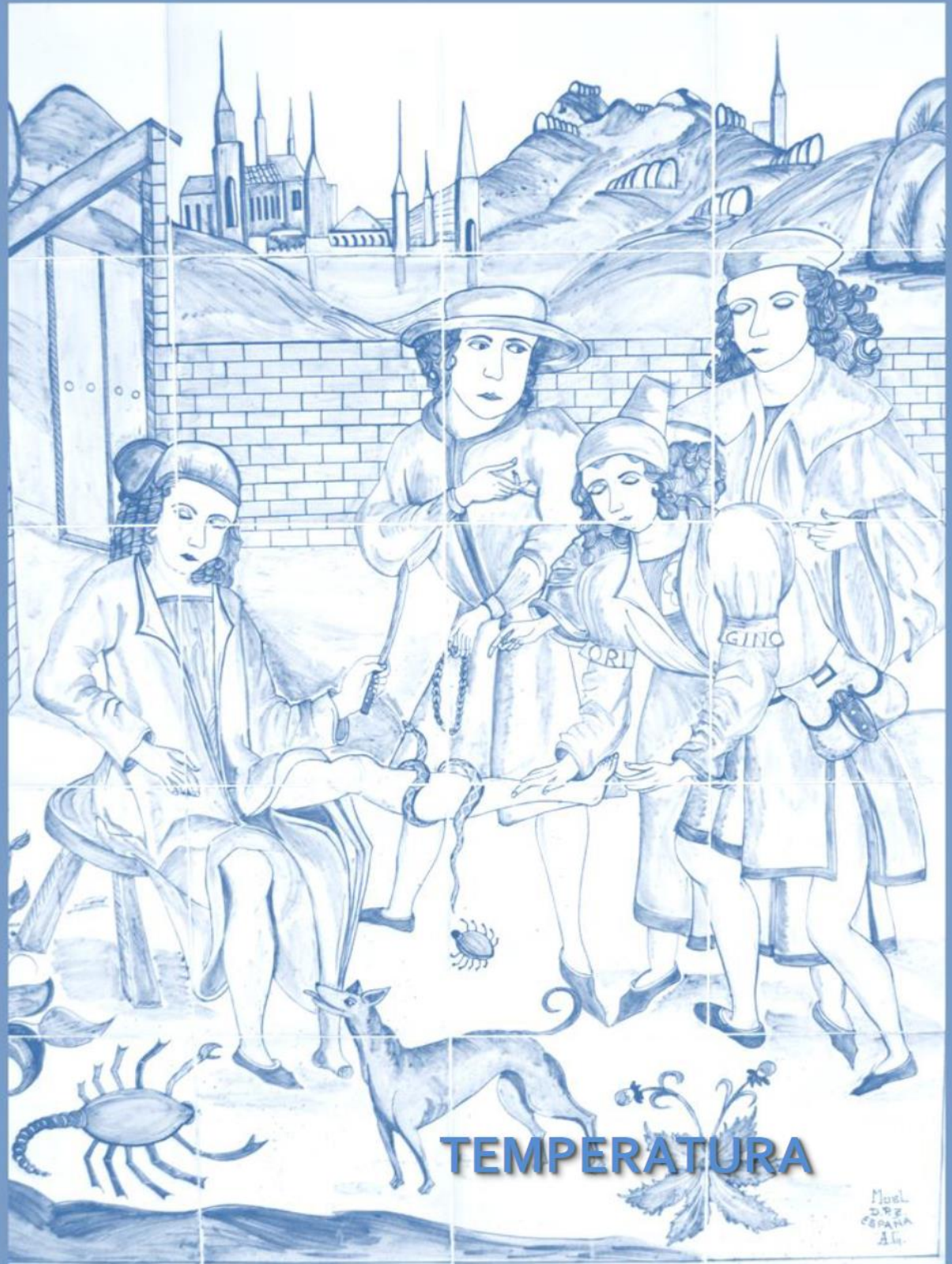
- Comprobar y mantener limpieza de la ropa y los dispositivos empleados.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado, entrevistas y valoraciones. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco-Fraile C, Saravia-Laví R, Lázaro-Otero. MM. Metodología de la enfermería. Valoración de las 14 necesidades básicas. Tema 3.6. [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria. [Citado octubre 2015] Disponible en:
 - **Tema 3. La valoración**
 - **MC-F-003.** 3.1 Introducción.
 - **MC-F-004.** 3.2 Recogida de datos. Observación.
 - **MC-F-005.** 3.3 Recogida de datos. Entrevista.
 - **MC-F-006.** 3.4 Recogida de datos. Examen físico.
 - **MC-F-007.** 3.5 Validación.
 - **MC-F-008.** 3.6 Necesidades básicas
 - **Tema 6. La ejecución**
 - **MC-F-013.** Tema 6.1 La ejecución. Documentación.
 - **MC-F-014.** Tema 6.2 La ejecución. Estandarización de cuidados.
- Sigüas YM. Enfermería básica. Cuidados de enfermería a pacientes con necesidad de movimiento y ejercicios. [Internet]. Astorga: Universidad de ciencias y humanidades. Salud y medicina; 2013. [Citado octubre 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/YolandaMariaSigüasAstorga/cuidados-de-enfermera-a-paciente-con-necesidad-de-movimiento-y-ejercicios>
- Kim MJ, Mc Farland G, Mc Lane A. Diagnóstico de enfermería y plan de cuidados. [Internet]. Madrid: Mosby; 1994. [Citado octubre 2015]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjV8PSWvKrLAhVL0hoKHcLRDI8QFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fwww5.uva.es%2Fguia_docente%2Fuploads%2F2012%2F476%2F46226%2F1%2FDocumento.pdf&usq=AFQjCNEz4wUjJ87wFf4YQmIGkWFmK-4MOg&sig2=45IqqYkrOkMKddEU942nSg



MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL	Z1-NSG-PO-0701 Revisión: A Página 415 de 5
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADOS
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL	Z1-NSG-PO-0701 Revisión: A Página 416 de 5
--	--	---

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS

- Conocer la temperatura corporal del paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital con necesidad de medición de la temperatura corporal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Termómetro timpánico
- Conos desechables
- Termómetro axilar
- Sensor térmico de monitorización continua (UCI)

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Termómetro timpánico

- Colocación de un cono desechable en el termómetro timpánico para cada paciente.
- Traccionar el pabellón auricular hacia atrás y al mismo tiempo introducir el termómetro timpánico.
- Esperar a la señal acústica.
- Lectura de la temperatura.
- Desechar el cono usado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL	Z1-NSG-PO-0701 Revisión: A Página 417 de 5
--	--	---

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar realizar la medición de la temperatura timpánica en pacientes con infecciones agudas de oído, tubo de drenaje timpánico o tapones de cerumen voluminosos.
- Esta medición está contraindicada en pacientes con fractura maxilofacial, fractura de base de cráneo y otorragia.
- Factores que afectan a la temperatura corporal:
 - Edad: En el anciano la temperatura corporal suele estar disminuida.
 - Hora del día: a lo largo de la jornada las variaciones de la temperatura suelen ser inferiores a 1,5°C. La temperatura máxima del organismo se alcanza entre las 18 y las 22 horas y la mínima entre las 2 y las 4 horas. Este ritmo circadiano es muy constante y se mantiene incluso en los pacientes febriles.
 - Sexo: en la mujer, en la segunda mitad del ciclo, desde la ovulación hasta la menstruación, la temperatura se puede elevar entre 0,3°C a 0,5°C.
 - Los tratamientos farmacológicos.
 - Patologías.
 - La temperatura ambiente y la vestimenta.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL	Z1-NSG-PO-0701 Revisión: A Página 418 de 5
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo, I. et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009 cambia el año. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPagina%2FHGMA_listado.

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADOS
Tª	TEMPERATURA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
URPA	UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA
IV	INTRAVENOSO
UPP	ULCERAS POR PRESIÓN

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades destinadas a calentar y vigilar al paciente que se encuentra en situación de hipotermia.

La hipotermia es el descenso de la temperatura corporal por debajo de los límites normales, establecidos en 36°C.

OBJETIVOS

- Contribuir a restablecer la temperatura corporal hasta los valores normales.
- Colaborar en la prevención de las complicaciones derivadas de la hipotermia.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital con temperatura por debajo de los límites normales.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Termómetro timpánico
- Conos desechables
- Sueros calientes
- Bebidas calientes
- Mantas, mantas desechables y mantas eléctricas de aire o "warmtouch"

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proporcionar al paciente un ambiente cálido y sin humedad. Si es necesario, aumentar la Tª ambiente.
- Si tiene la ropa húmeda o mojada, evitar corrientes de aire y cambiar la ropa por otra seca.
- Vigilar el nivel de consciencia y tomar constantes, así como signos y síntomas asociados a hipotermia (fatiga, apatía, confusión, piel fría, escalofríos).
- Aplicar los métodos de calentamiento externos e internos:

- *Externos*: bolsas de agua o similares, mantas, mantas desechables de aluminio (quirófano) y mantas eléctricas o "warmtouch" (en UCI y URPA).
- *Internos*: administración de sueroterapia IV caliente (entre 37-40°C), bebidas calientes.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No aplicar medios externos directamente sobre la piel.
- Retirar objetos metálicos por la posibilidad de quemadura.
- La aplicación de "warmtouch" será progresiva, controlando la Tª del termostato y el tiempo de exposición.
- Mantener una buena ingesta de líquidos.
- Extremar la precaución de UPP.
- Vigilar la perfusión de zonas distales.
- Administración de oxígeno, si precisa.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPOTERMIA	Z1-NSG-PO-0702 Revisión: A Página 423 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009 cambia el año. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPagina%2FHGMA_listado.

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA	Z1-NSG-PO-0703 Revisión: A Página 425 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADOS
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA	Z1-NSG-PO-0703 Revisión: A Página 426 de 1152
---	--	---

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades destinadas a disminuir la temperatura corporal y vigilar al paciente que se encuentra en situación de hipertermia.

OBJETIVOS

- Contribuir a restablecer la temperatura corporal hasta los valores normales.
- Colaborar en la prevención de las complicaciones derivadas de la hipertermia, tales como: convulsiones, lesiones neurológicas, arritmias e insuficiencia renal aguda.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital con temperatura por encima de los límites normales.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Termómetro timpánico
- Conos desechables
- Bateas
- Agua fría y/o hielo
- Compresas, toallas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Destapar al paciente y cubrirlo con una sábana.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Aplicar medios físicos:
 - Colocar al paciente en la cama cómodamente.
 - Descubrir la zona donde se van a aplicar los medios físicos.
 - Introducir las compresas en un recipiente con agua fría (con hielo).

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA	Z1-NSG-PO-0703 Revisión: A Página 427 de 1152
---	--	---

- Escurrir las compresas y aplicar en la zona elegida previamente (axilas, frente, ingles y/o huecos poplíteos).
- Cambiar las compresas las veces que sea necesario.
- Tomar temperatura, según la situación clínica del paciente (mínimo cada hora).
- Administrar la medicación antipirética prescrita.
- Vigilar el nivel de consciencia y tomar constantes, así como signos y síntomas asociados a hipertermia.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No aplicar las bolsas de hielo directamente sobre la piel.
- Vigilar la aparición de complicaciones.
- Vigilar la aparición de cianosis en uñas y labios. Si esto ocurre: suspender.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos.
- Vigilar la diuresis ya que una fiebre prolongada puede provocar deshidratación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA	Z1-NSG-PO-0703 Revisión: A Página 428 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo, I. et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009 cambia el año. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado.



HIGIENE

HIGIENE DE BOCA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2015	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Formigos Blanque, J. Vicente López Rivera, Ma Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de la boca.

OBJETIVO

- Proporcionar higiene y bienestar al paciente.
- Evitar caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones.
- Eliminar la placa bacteriana y restos alimenticios.
- Evitar la halitosis.
- Evitar sequedad de boca y aparición de grietas, proporcionando confortabilidad.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital que precise ayuda para satisfacer su necesidad de higiene bucal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Vaso con agua
- Solución antiséptica bucal
- Cepillo dental
- Palangana o batea
- Guantes no estériles
- Depresor
- Pinza o Kocher para hacer torundas
- Jeringa de 10 ml y de 20 ml
- Gasas
- Toalla
- Equipo necesario para la aspiración de secreciones

EJECUCION

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

- Colocación de mascarilla.
- Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.

Pacientes autónomos

- Informar y facilitar al paciente el material necesario.

Pacientes conscientes con suplencia parcial

- Colocar al paciente sentado o semiincorporado.
- Cubrir tórax con toalla o empapador.
- Ayudar al cepillado de dientes, lengua y encías. según grado de autonomía del paciente.
- Enjuagar primero con agua limpia y luego con colutorio.
- Aplicar vaselina en labios.
- En pacientes portadores de prótesis dental, se retira la prótesis y se introduce durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina acuosa (si el paciente utiliza en su domicilio productos preparados específicos para las dentaduras, los utilizaremos siempre que nos los proporcione el propio paciente o familiar).
- Aclararla con agua antes de volver a colocarla o secar y guardar en el contenedor de prótesis dental hasta nuevo uso.

Paciente dependiente consciente

- Cepillar los dientes desde la encía hasta la corona realizando barrido para eliminar residuos.
- Limpiar la cara externa, interna, superior e inferior de los dientes y muelas en ambas mandíbulas, así como la lengua.
- Facilitar un vaso con agua o antiséptico bucal para el aclarado de la boca.
- Aplicar vaselina en los labios para que queden protegidos e hidratados.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Paciente dependiente inconsciente

- Posición con la cabeza ladeada.
- Hacer una torunda con una gasa con la ayuda de unas pinzas y empapar con un antiséptico.
- Lavar paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes. Cambiar la gasa cuando sea necesario.
- Si existen secreciones secas y pegadas, aplicar vaselina líquida para evitar ocasionar ulceraciones en la mucosa al despegarlas.
- Mantener la boca abierta mediante depresor lingual, introducir agua con una jeringa de 10 ml, aspirando al mismo tiempo con una sonda corta y de bordes redondeados. Repetir esta operación con una solución antiséptica oral.
- Secar los labios.
- Aplicar bálsamo labial hidratante en los labios.

- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar maniobras que puedan provocar náusea al paciente.
- Si existe mucha salivación o secreciones, aspirarlas antes de realizar la higiene.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

HIGIENE OCULAR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Formigos Blanque, J. Vicente López Rivera, M ^a Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I HIGIENE OCULAR	Z1-NSG-PO-0802 Revisión: A Página 437 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Ta	TEMPERATURA
S.F.	SUERO FISIOLÓGICO

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería, encaminadas a mantener las estructuras externas del ojo en condiciones óptimas de higiene, para impedir el acúmulo de secreciones y la proliferación de gérmenes.

OBJETIVOS

- Mantener la integridad de la superficie ocular.
- Mantener los ojos limpios y húmedos.
- Prevenir complicaciones tales como infecciones o irritaciones oculares.
- Preparar el ojo para la administración de medicación.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital susceptible de precisar una higiene ocular.

PERSONAL

- Enfermero
- TCAE

MATERIAL

- Guantes desechables no estériles
- Gasas estériles
- Suero fisiológico (S.F.) o agua estéril a temperatura ambiente
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición adecuada:
 - Decúbito supino o semi-Fowler, [PO-0401](#) con la cabeza ladeada en relación con el ojo que vamos a lavar, cuando la técnica se realice en la cama.
 - Colocar el cuello en hiperextensión si es posible, cuando se realice con el paciente sentado.
- Retirar las prótesis oculares: lentes de contacto y gafas.
- Humedecer una gasa con suero fisiológico o agua estéril, y limpiar desde el lagrimal al ángulo externo de cada ojo hasta que quede limpio de secreciones. Durante el

proceso el paciente permanecerá con los párpados cerrados, y se utiliza una gasa distinta para cada ojo.

- Utilizar en monodosis una para cada ojo.
- Abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra aplicar S.F. desde el lagrimal a su zona externa. Mantener siempre la cabeza ladeada y evitar tocar los párpados o la córnea.
- Sostener la monodosis a no más de 2,5 cm de distancia del ojo.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Cerrar suavemente los párpados.
- Acomodar al paciente en la posición adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- En paciente en coma y de cuidados intensivos:
 - Administrar como profilaxis colirios o pomadas tras la limpieza para reducir la incidencia de abrasiones corneales, según prescripción facultativa.
 - Verificar que tenga los párpados cerrados a fin de evitar úlceras corneales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- Realizar el cuidado ocular con suavidad evitando rozar la conjuntiva con las gasas para prevenir úlceras y lesiones corneales.
- Utilizar siempre material distinto para cada ojo, para evitar infecciones cruzadas.
- En caso de evidencia de infección limpiar primero el ojo no afectado o menos afectado.
- Si existen signos de infección o lesión, informar al facultativo.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora, incidencias del proceso y respuesta del paciente. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el estado del ojo y los párpados.

BIBLIOGRAFÍA

- Adrián-Bernal ML, Ballesteros-Romero P, Mateos-Jiménez A, Mínguez-Morales JM. (Grupo de trabajo de protocolos UCI). Procedimiento Higiene Ocular. [Internet]. Zaragoza: Revisión "C" Comisión de Cuidados; 2014. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/especializada.html
- Manual CTO de Enfermería. Ed. CTO ENFERMERIA S.L. Editorial McGraw-Hill. Madrid: Interamericana Madrid; 2000.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet]. 2ª ed. Generalitat. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet]. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Documentación de enfermería. Procedimiento Cuidado de los ojos. [Internet]. Madrid. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidado+de+los+ojos.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860923825&ssbinary=true>

HIGIENE DE MANOS, PIES Y UÑAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Formigos Blanque, J. Vicente López Rivera, Ma Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I HIGIENE DE MANOS, PIES Y UÑAS	Z1-NSG-PO-0803 Revisión: A Página 442 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADO
Tª	TEMPERATURA

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para el cuidado de las manos, pies y uñas del paciente.

OBJETIVO

- Mantener una buena higiene de manos y pies del paciente.
- Mantener unas uñas adecuadamente cortadas de manos y pies del paciente.
- Evitar infecciones y lesiones en la piel y uñas del paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital que precise una higiene de manos, pies y uñas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Jabón neutro, antiséptico si precisa
- Guantes desechables
- Acetona si precisa
- Crema hidratante
- Gasas no estériles
- Protector absorbente
- Palangana
- Toallas
- Cepillo de uñas
- Tijeras o cortauñas
- Limas de uñas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar agua en una palangana a 30-32°C.

Pies:

- Lavar los pies con agua y jabón, sumergirlos en la palangana con agua para reblandecer durezas o si tienen mucha suciedad.
- Enjuagar con agua a chorro.
- Secar bien, sobre todo los espacios interdigitales con una toalla.
- Valorar estado de los pies: durezas, úlceras, deformidades, temperatura y coloración, edemas y pulsos periféricos.
- Realizar los cuidados del Procedimiento Úlceras por Presión. PO-2203
- Limar durezas con suavidad.
- Cortar uñas en línea recta y con los bordes lisos, por encima de la punta del dedo.
- Aplicar crema hidratante con un suave masaje.

Manos:

- Sumergir las manos del paciente en la palangana con agua unos 2 minutos máximo para evitar maceraciones.
- Cortar uñas de forma ovalada, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10-15 mm.
- Limarlas después si hace falta para que queden suaves.
- Aplicar crema hidratante en las manos con un leve masaje.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES

- Si el paciente es autónomo, proporcionar todo el material necesario para realizar la higiene.
- Evitar excavar o recortar dentro de las esquinas de las uñas para que no crezcan hacia adentro, ni hacer heridas.
- Evitar la inmersión prolongada en agua para impedir la maceración de la piel.
- Prestar especial atención en los pacientes diabéticos, con trastornos metabólicos, circulatorios o neurológicos.
- Educación sanitaria:
 - Enseñar al paciente y/o al cuidador a realizar el cuidado de los pies y las uñas, que use calzado adecuado, calcetines de fibras naturales que no le compriman y que no ande descalzo para prevenir infecciones y lesiones.
 - No autotratarse lesiones podológicas (callos, ojos de gallo, etc).

	SECTOR ZARAGOZA I HIGIENE DE MANOS, PIES Y UÑAS	Z1-NSG-PO-0803 Revisión: A Página 445 de 1152
---	---	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Documentación de enfermería. Lavado y cuidado de los pies y de las uñas [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Lavado+y+cuidados+de+los+pies+y+de+las+u%C3%B1as.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905957&ssbinary=true>

HIGIENE DEL PACIENTE CON AYUDA EN EL BAÑO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería al paciente cuando presenta limitación parcial para realizar su propia higiene.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes que necesitan ayuda para realizar el aseo en el baño durante su estancia en el hospital.

OBJETIVOS

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

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Esponja
- Jabón neutro
- Crema hidratante
- Pijama o camisón
- Toallas
- Colonia
- Silla o taburete.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Comunicar al paciente la necesidad del baño y como ha de llevarse a cabo.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Valorar el nivel de dependencia (escala de Barthel) para saber que ayuda necesitara el paciente. [PO-1703](#)
- Mantener una temperatura ambiente adecuada 24-25°C, y evitar corrientes de aire en la habitación.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

- Ayudar al paciente a desvestirse si lo precisa.
- Proporcionar esponja y jabón neutro.
- Indicar, dependiendo de la autonomía del paciente, el siguiente recorrido de aseo:
 - La cara con agua sola
 - Lavado del cabello con champú
 - Continuar con tórax, piernas y pies de arriba hacia abajo.
 - Por último, periné y genitales.
- Aclarar con agua.
- Secado con una toalla haciendo hincapié en las zonas de pliegues, debajo de las mamas, axilas, ingles y espacios interdigitales.
- Terminar con la higiene de la boca y cepillado de dientes.
- Hidratar la piel con crema hidratante haciendo hincapié en las zonas de roce.
- Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido efectivas.
- Ayudar a vestirse con el camisón o pijama limpio.
- Peinar al paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La higiene debe ser diaria.
- Valorar e incentivar la autonomía del paciente y ayudarle en la medida que lo necesite.
- Observar el estado de la piel, uñas y mucosas.
- En caso de que el paciente realice la higiene por sí mismo, supervisar la correcta ejecución tratando de no romper su intimidad.
- Tener en cuenta que el baño tiene que tener un suelo antideslizante, un asa para agarrarse, un taburete que se pueda mojar y que las patas tengan tacos antideslizantes, una ducha con barra regulable a la altura.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso 17 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet]. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso 17 marzo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

HIGIENE GENITOANAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

°C	GRADOS CENTÍGRADOS
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS

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

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes que precisan de una higiene genitoanal durante su estancia en el hospital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Toallas
- Braga pañal si precisa
- Guantes no estériles
- Esponja con jabón neutro
- Bolsa de recogida de ropa sucia
- Pijama

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el agua a una temperatura de 35-36°C.
- Colocar al paciente en decúbito supino en la cama. [PO-0401](#)
- Desvestir al paciente.
- Retirar el pañal si lo tuviera y cubrirlo con una sábana.
- La técnica del lavado será distinta en el hombre que en la mujer:

Lavado en el hombre:

- Lavar primero el pene y testículos con una esponja con jabón neutro.
- Enjuagar con agua.
- Retirar el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar con agua después
- Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema del glande.
- Colocar al paciente en decúbito lateral y lavar la zona anal con la esponja de arriba hacia abajo.
- Enjuagar después y secar bien con una toalla.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Lavado en la mujer:

- Colocar a la paciente en decúbito supino en la cama y solicitar que flexione las rodillas o ayudarle.
- Separar las piernas de la paciente.
- Lavarle con la esponja y jabón neutro de arriba hacia abajo de la zona genitoanal.
- Por este orden lavar: primero la parte externa de la vulva, luego labios mayores, labios menores y meato.
- Enjuagar a chorro con agua templada y repetir mínimo dos veces.
- Secar de arriba hacia abajo con una toalla de forma suave. Evitar la humedad.
- Colocar a la paciente en decúbito lateral y limpiar con otra esponja con jabón la zona rectal desde la vagina hasta el ano, siempre de delante hacia atrás y con un solo movimiento. Después secar.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar corrientes de aire.
- Comprobar que la ropa de la cama no queda arrugada ni mojada.
- Subir de nuevo el prepucio a su posición tras la higiene para evitar edema del glande.
- Respetar el orden de la higiene genitoanal en la mujer para evitar infecciones.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet]. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva. Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. [Internet]. Málaga: servicio Andalud de Salud; 2010. [Acceso marzo 2016] [visite el libro en : <http://www.carloshaya.net>]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>

HIGIENE PACIENTE ENCAMADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma Formigos Blanque, J. Vicente López Rivera, Ma Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I HIGIENE PACIENTE ENCAMADO	Z1-NSG-PO-0806 Revisión: A Página 458 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UPP	ÚLCERAS POR PRESIÓN
Tª	TEMPERATURA
°C	GRADO CENTÍGRADO

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de Enfermería dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente encamado.

OBJETIVOS

- Mantener limpia y en buen estado la piel.
- Prevenir alteraciones e infecciones de la piel y mucosas.
- Estimular la circulación periférica del paciente.
- Observar y valorar el estado de la piel y estado general del paciente.
- Fomentar hábitos higiénicos saludables al alta.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital que presente incapacidad para realizar su aseo personal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Jabón neutro o esponjas jabonosas desechables
- Protectores cutáneos: hidratantes, barrera, ácidos grasos hiperoxigenados
- Recipientes con agua a 35-36°C
- Compresas o paños de celulosa no estériles
- Gasas y suero salino
- Peine
- Ropa de cama y toallas
- Pijama o camisón
- Carro de recogida de ropa sucia

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Valorar nivel de dependencia mediante la Escala de Barthel. [PO-1703](#)
- Preparar todo el material necesario accesible y junto a la cama del paciente.

- Ofrecer la cuña o la botella al paciente antes de realizar la higiene.
- Adecuar la Tª del agua que estará entre 35-36°C. Cambiar el agua las veces necesarias.
- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Retirar la ropa que cubre la cama y desnudar al paciente, manteniendo siempre una sábana o toalla cubriendo las zonas que no se están aseando en ese momento.
- Comenzar con el lavado de ojos [PO-0802](#)
- Continuar con el lavado de cara con agua sin jabón, secándola después.
- Continuar con el lavado del cuerpo: enjabonar, aclarar la piel con agua tibia limpia y secar con suavidad y sin fricción, siguiendo este orden:
 - Cuello
 - Manos, brazos y axilas, prestando especial cuidado a los dispositivos intravenosos, e incidir en dedos, pliegues interdigitales y axilas.
 - Tórax y abdomen, prestando especial atención al pliegue submamario y ombligo.
 - Piernas y pies, comenzando desde la parte distal a la proximal para favorecer el retorno venoso, incidiendo en dedos y espacios interdigitales.
 - Lavado de periné y genitales incidiendo en ingles.
 - Desechar y cambiar esponja.
 - Colocar al paciente en decúbito lateral para el aseo de espalda y glúteos.
- Conforme se realiza el aseo aplicar crema hidratante sobre la piel seca con un suave masaje, y si fuera necesario, productos de protección para prevenir úlceras por presión.
- Aprovechar para realizar el cambio de la ropa de cama y vestir al paciente con camisón o pijama limpio.
- Peinar al paciente.
- Realizar el aseo de la boca. [PO-0801](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Mantener la Tª ambiente adecuada (25-26°C) y evitar corrientes de aire en la habitación.
- Seguir las recomendaciones establecidas para situaciones especiales (aislamiento, cuidados prequirúrgicos, etc).
- Valorar la situación hemodinámica del paciente y evitar cansarle con movimientos innecesarios.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo portador de la vía.
- Cuidar la manipulación de los dispositivos externos del paciente (drenajes, sondas, tubos orotraqueales, etc.) para evitar desconexiones y tracciones.
- Observar el estado de la piel, uñas y mucosas del paciente, comunicar cualquier alteración.
- Preservar la intimidad del paciente, dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se va a lavar y mantener la puerta de la habitación cerrada y las cortinillas de separación entre camas.
- Evitar que queden arrugas en la ropa de la cama.
- La higiene de la piel con jabones antisépticos no está recomendada, salvo en situaciones especiales como infecciones de la piel.
- Ventilar la habitación después del aseo.
- Después de cada episodio de incontinencia urinaria o deposición, lavar zona perianal con agua tibia y jabón, y aplicar protector cutáneo. [PO-0805](#)
- Cambiar el agua, esponjas y compresas durante el procedimiento, siempre que sea necesario.
- Implicar a los familiares en el aseo del paciente, siempre que sea posible, ayudados por el personal de enfermería.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el estado y funcionamiento de todos los materiales empleados en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar si existe riesgo de UPP, indicando la localización y tratamiento aplicado.

BIBLIOGRAFÍA

- Kozier-B, ERB-G. Técnicas de enfermería clínica 4ª edición McGraw-Hill. Interamericana 2004.
- Adrián-Bernal ML, Ballesteros-Romero P, Mateos-Jiménez A, Mínguez-Morales JM (Grupo de trabajo de protocolos UCI) Procedimientos de Enfermería. [Internet] Zaragoza: Sector II. Revisión "C" Comisión de Cuidados; 2014. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/especializada.html
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf

- Documentación de enfermería. Higiene paciente [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Higiene+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905923&ssbinary=true>

LAVADO DE CABEZA EN EL PACIENTE ENCAMADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02//2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Formigos Blanco, J. Vicente López Rivera, M ^a Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO DE CABEZA EN EL PACIENTE ENCAMADO	Z1-NSG-PO-0807 Revisión: A Página 465 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Tª	TEMPERATURA
°C	GRADO CENTIGRADO
PIC	PRESIÓN INTRACRANEAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades dirigidas a la limpieza e higiene del cabello y cuero cabelludo en el paciente encamado.

OBJETIVOS

- Mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo.
- Evitar la proliferación de parásitos.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital que precise un lavado de cabeza.

PERSONAL

- Enfermero
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Botella o jarra de agua caliente 36-37°C
- Protector absorbente
- Champú o jabón líquido
- Champú antiparasitario, si precisa
- Bolsa grande desechable abierta
- Contenedor de residuos grande
- Torundas de algodón
- Toallas
- Peine o cepillo
- Secador de pelo, si precisa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Poner la cama en posición horizontal y retirar el cabecero.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza sobre la orilla de la cama sin almohada (posición de Roser). [PO-0401](#)
- Colocar las torundas de algodón en los oídos.

- Meter un protector absorbente debajo de la cabeza y hombros del paciente, para impermeabilizar la cama.
- Colocar una bolsa desechable abierta debajo del cuello.
- Introducir la bolsa dentro del contenedor de residuos.
- Mojar el cabello con agua a temperatura adecuada 36-37°C
- Aplicar el champú o jabón líquido y friccionar el cuero cabelludo y pelo siempre con las yemas de los dedos.
- Enjuagar y realizar un segundo lavado asegurando un buen aclarado.
- Envolver la cabeza en una toalla.
- Quitar el material utilizado.
- Retirar los algodones de los oídos.
- Peinar al paciente y secar con secador o con otra toalla.
- Comprobar que la ropa de cama y pijama o camisón no están mojados, y cambiarlos en caso de que lo estén.
- Colocar el cabecero de la cama.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que la Tª del agua sea la adecuada 36-37°C.
- No usar las uñas para dar masaje en el cuero cabelludo.
- En pacientes intubados, tener precaución en la correcta colocación y fijación del tubo.
- Si se detecta pediculosis en cuero cabelludo, aplicar el antiparasitario prescrito por el servicio de Medicina Preventiva.
- El lavado de cabeza puede estar contraindicado en algunos casos:
 - En el aumento de la presión intracraneal (PIC).
 - Cuando el paciente lleva un drenaje ventricular y/o un sensor de PIC.
 - Lesiones abiertas en cuero cabelludo.
 - Lesiones cervicales sin fijar.
 - Traqueotomía.
 - Dificultad respiratoria.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el estado y funcionamiento de todos los materiales empleados en la técnica.

	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO DE CABEZA EN EL PACIENTE ENCAMADO	Z1-NSG-PO-0807 Revisión: A Página 468 de 1152
---	--	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora. Firma del personal.
- Registrar en las observaciones de enfermería cualquier incidencia y respuesta del paciente. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. Procedimiento lavado de cabeza [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Lavado+de+cabeza.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905940&ssbinary=true>
- Manual CTO de Enfermería. Ed. CTO ENFERMERIA S.L. Editorial McGraw-Hill. Interamericana Madrid 2000.
- Auxiliares Técnicas y Protocolos. Higiene del paciente. [Internet] 2004. [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
www.enfersalud.com
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Barrado-Narvidón MJ, González de la Cuesta D, Mainer-Sanmartín MP, Martínez-Pellicer AI. (Grupo de protocolos UCI). Procedimientos de enfermería. [Internet] Zaragoza: Sector II. Revisión "C" Comisión de Cuidados; 2014. [Acceso enero 2016]. Disponible en:
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/especializada.html

CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Formigos Blanque, José Vicente López Rivera, M ^a Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO	Z1-NSG-PO-0808 Revisión: A Página 470 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Tª	TEMPERATURA
----	-------------

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS

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

ALCANCE

Dirigido a todo paciente ingresado en el hospital que precise cambio de ropa de cama.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Sábana bajera
- Sábana encimera
- Funda de almohada
- Terna
- Almohada
- Funda de colchón impermeable
- Colcha y/o manta
- Protector absorbente
- Guantes no estériles
- Bolsa para la ropa sucia

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Poner la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
- Retirar colcha y/o manta, y si están sucias depositarlas en la bolsa para ropa sucia.
- Dejar la sábana encimera sobre el paciente para que no quede al descubierto.
- Colocar al paciente en decúbito lateral. [PO-0401](#)
- Enrollar la sábana sucia hacia el centro de la cama.

- Colocar la sábana bajera limpia enrollándola hacia el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
- Colocar la terna y el protector absorbente siguiendo la misma técnica.
- Volver al paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia y el protector absorbente sucio, depositándolos en la bolsa de ropa sucia.
- Estirar la sábana y el protector absorbente evitando arrugas, meter por debajo del colchón y fijar las otras dos esquinas.
- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente, retirando la sucia y depositándola en la bolsa de ropa sucia.
- Colocar colcha y/o manta si precisa.
- Doblar la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
- Remeter con holgura la sábana encimera y colcha en los pies de la cama.
- Quitar el almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
- Colocar la almohada por debajo de la cabeza del paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES

- Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
- Esta técnica se realiza entre dos personas para aumentar la seguridad de los pacientes y disminuir el tiempo empleado.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado, motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Kozier-B, Erb-G, Berman-A, Zinder-S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Documentación de enfermería. Procedimiento arreglo de la cama [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Arreglo+de+la+cama+abierta+cerrada+y+quir%C3%BAArgica.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905974&ssbinary=true>

LAVADO VAGINAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2019	Fecha: 10/2019	Fecha: 10/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Gonzalez, M ^a Carmen Sesé Sanz, M ^a Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO VAGINAL	Z1-NSG-PO-0809 Revisión: A Página 475 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Introducción de una solución en la cavidad vaginal, a través de un catéter, y la comprobación de la evacuación de ésta.

OBJETIVOS

- Limpieza y/o desinfección de la cavidad vaginal, aplicando una solución antiséptica en la mucosa vaginal:
 - Previo a una cirugía de esa localización.
 - Como parte de una terapia o tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a pacientes ingresadas en unidades de hospitalización y servicios de urgencias que precisen un lavado vaginal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Batea
- Cuña
- Jeringa de 60ml
- Sonda evacuatoria
- Povidona yodada vaginal
- Suero fisiológico
- Guantes no estériles
- Frasco para hacer la dilución
- Protector absorbente
- Compresas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verter en el frasco 30.ml de suero fisiológico y 30 ml de povidona yodada vaginal y cargarlo en la jeringa de 60.ml.
- Conectar el cono de la jeringa a la sonda evacuatoria.

- Dejar colocada a la paciente en posición ginecológica, poniendo debajo del periné un protector absorbente y una cuña.
- Introducir a través de la sonda evacuatoria el contenido de la jeringa por vagina, abriendo con una mano los labios mayores.
- Extraer la sonda, retirar la cuña y colocar compresas en genitales externos
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES

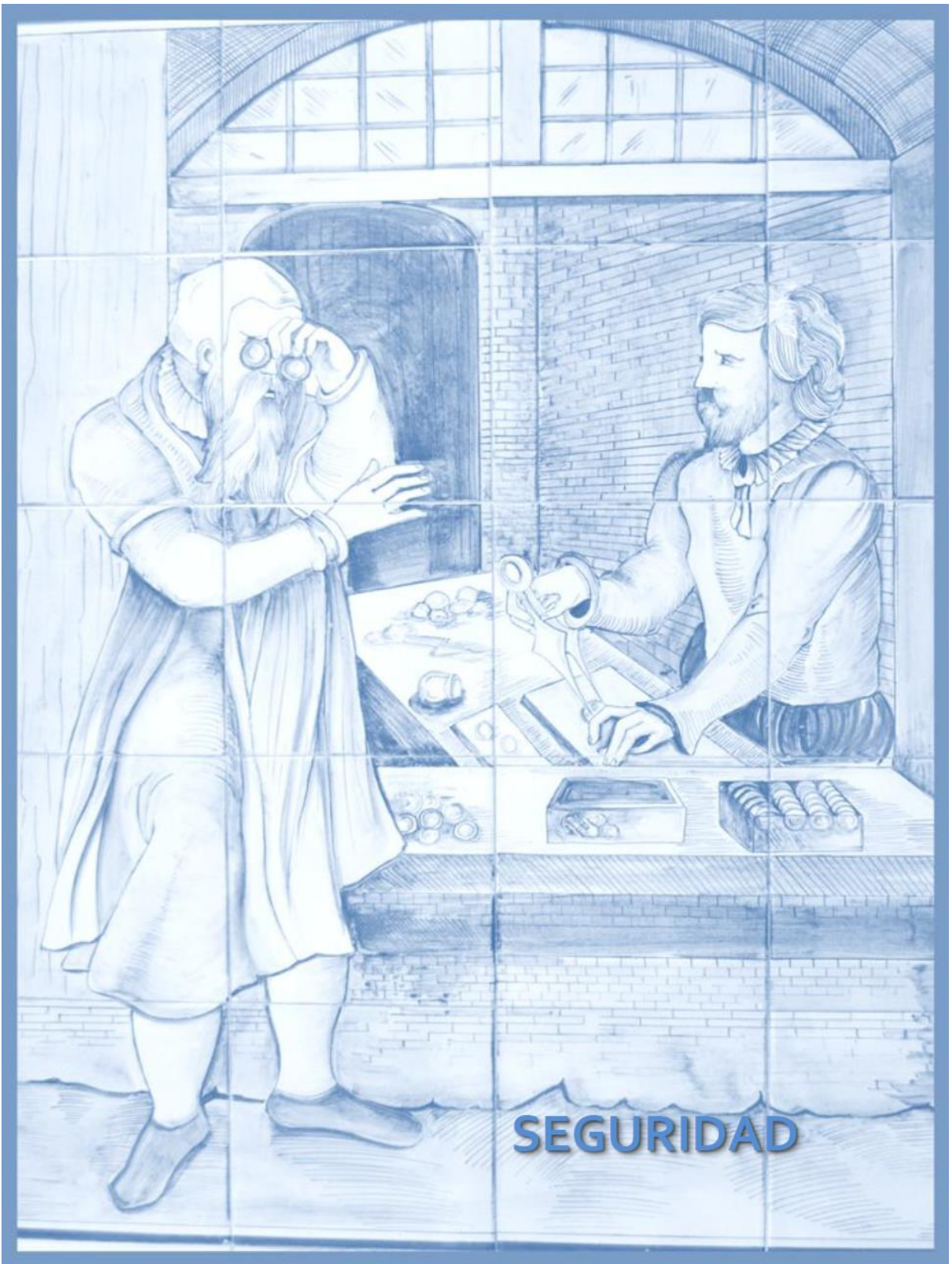
- Preservar la intimidad de la paciente, poniendo especial atención en que se sienta cómoda (bajar la cortinilla que separa las dos camas de la habitación, informar en cada momento lo que estamos para crear un ambiente mas relajado, tapar las zonas posibles del resto del cuerpo para evitar frío y pudor)
- Asegurarnos de que no es doloroso el procedimiento ya que en ocasiones (prolapso o diferencias fisiológicas) el acceso es más dificultoso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Desinfección de la piel previa a la incisión quirúrgica. Biblioteca virtual. [Acceso septiembre 2019]. Disponible en:
<https://www.murciasalud.es/preevid/22307>
- Desinfectantes y antisépticos cutáneos. Clorhexidina. Guía de Prescripción Terapéutica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-2007
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [Acceso septiembre 2019]. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxius/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf



SEGURIDAD

HIGIENE DE MANOS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 08/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles Esteban Urbán, Rosa M ^a	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I HIGIENE DE MANOS	Z1-NSG-PO-0901 Revisión: A Página 480 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Técnica de lavado de manos con jabón convencional, lavado de manos con jabón antiséptico o fricción con soluciones alcohólicas.

- *Lavado de manos*: Higiene de manos realizada con agua y jabón neutro o antiséptico.
 - *Jabón neutro líquido*: Preparado jabonoso de uso habitual.
 - *Jabón antiséptico*: Preparado jabonoso con un agente antiséptico.
- *Fricción con soluciones hidroalcohólicas*: Higiene de manos mediante la aplicación de soluciones hidroalcohólicas.
 - *Solución hidroalcohólica*: Preparación de base alcohólica (60-90%) con emolientes y antiséptico, diseñada para la descontaminación de las manos. Tiene gran rapidez de acción y amplio espectro.

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para realizar correctamente la higiene de las manos.
- Prevenir y controlar la infección nosocomial.

ALCANCE

Dirigida a todos los trabajadores sanitarios.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador
- Personal de limpieza

MATERIAL

- Lavabo
- Jabón neutro líquido o jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%)
- Papel secamanos
- Solución hidroalcohólica

EJECUCIÓN

Momentos de ejecución

- Antes de contacto con el paciente: gestos de cortesía, exploración clínica, etc.
- Antes de técnica aséptica: preparación de medicación, alimentos o material de cura, atención de heridas, inserción de catéteres, y otros dispositivos invasivos que no requieren un procedimiento quirúrgico.
- Después de riesgo a exposición a fluidos y/o a líquidos corporales.
- Después de contacto con el paciente: gestos de cortesía, exploración, etc.
- Después de contacto con el entorno del paciente: cambio de ropa de la cama, ajuste de la velocidad de la perfusión, etc.
- Descontaminar las manos si al realizar cuidados a un paciente se pasa de una zona contaminada a otra limpia.
- Antes y después del uso de guantes.
- Al iniciar y terminar la jornada de trabajo, tomar un descanso, usar el baño o comer, etc.
- Si hay suciedad evidente.

Técnica

Higiene de manos con agua y jabón. [ANEXO 0901-I](#)

- Retirar anillos, relojes y pulseras.
- Abrir el grifo, regular la temperatura y humedecer las manos, (evitar el uso de agua caliente, ya que aumenta el riesgo de dermatitis).
- Aplicar de 3 a 5ml de jabón líquido y distribuirlo sobre las manos.
- Frotar las manos:
 - Palmas entre sí, con los dedos entrecruzados, palma de una mano sobre dorso de la otra y viceversa.
 - Palmas entre sí, con los dedos entrecruzados, dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta y viceversa.
 - Pulgar izquierdo con movimiento rotatorio con la mano derecha y viceversa.
 - Punta de los dedos de la mano derecha sobre palma de la mano izquierda con movimientos rotatorios y viceversa.
- Aclarar con abundante agua.
- Secar con papel secamanos.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel.
- Desechar el papel en el lugar adecuado.
- Todo este proceso debe durar al menos 60 segundos.

Higiene con soluciones hidroalcohólicas. [ANEXO 0901-II](#)

- Retirar anillos, pulseras y relojes.
- Asegurarse que las manos estén completamente secas.
- Aplicar la solución alcohólica suficiente con 2 pulsaciones, en la palma de la mano.
- Frotar las manos:
 - Palmas entre sí, con los dedos entrecruzados, palma de una mano sobre dorso de la otra y viceversa.
 - Palmas entre sí, con los dedos entrecruzados, dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta y viceversa.

- Pulgar izquierdo con movimiento rotatorio con la mano derecha y viceversa.
- Punta de los dedos de la mano derecha sobre palma de la mano izquierda con movimientos rotatorios y viceversa.
- Todo este proceso debe durar al menos 20 segundos.
- Dejar secar al aire y no aclarar.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Lavarse las manos con agua y jabón o con agua y jabón antimicrobiano si se sospecha o está confirmada la exposición al *Bacillus anthracis*. Está recomendada la acción física del lavado y aclarado porque alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos tienen escasa actividad frente a esporas.
- No existe recomendación respecto a la utilización de anillos en las actividades asistenciales. Cuestión sin resolver.
- No llevar uñas artificiales o extensiones y evitar el uso de esmaltes.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Verificar que se dispone de todo el material necesario para realizar la higiene de las manos.
- Se recomienda utilizar emolientes y lociones protectoras de la piel en los periodos largos de descanso y al finalizar la jornada laboral.
- No existe recomendación para la aplicación rutinaria de productos no alcohólicos en la higiene de las manos en el medio sanitario.

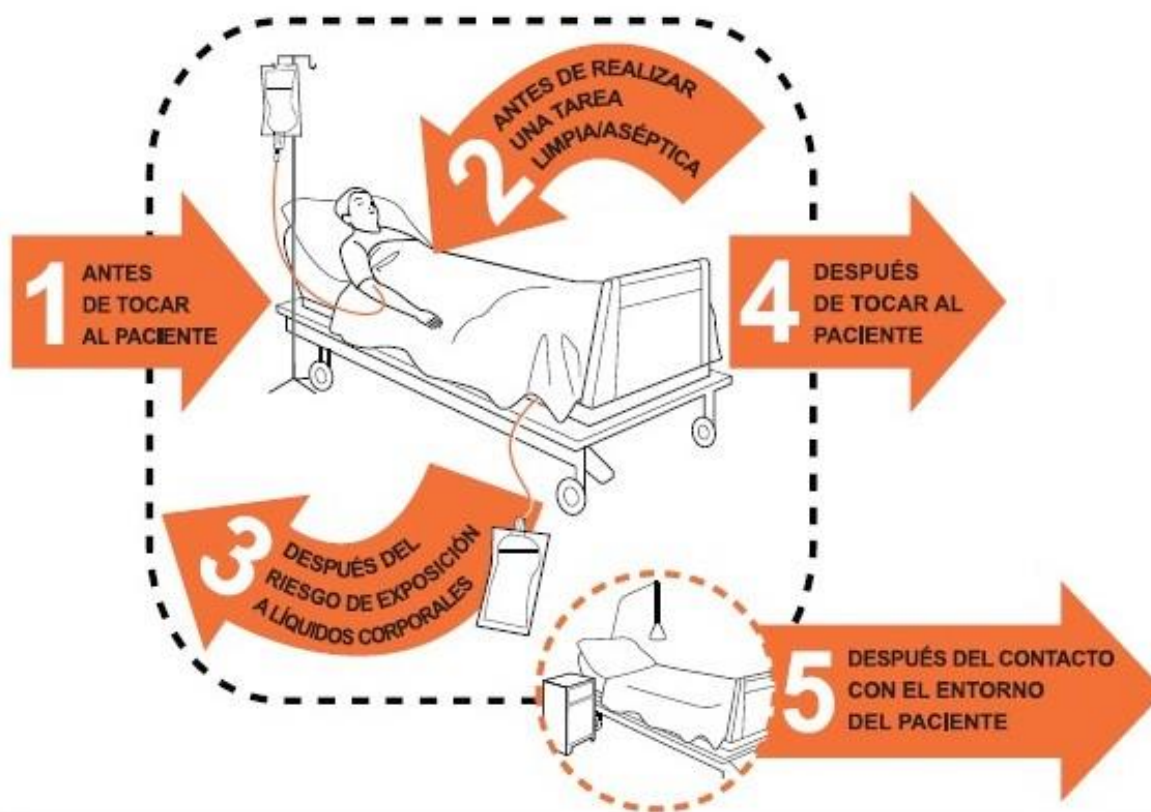
BIBLIOGRAFÍA

- Guía para la higiene de las manos en el medio sanitario. Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica 2006. Medicina Preventiva. Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Documentación de enfermería. Higiene de manos. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DHIGIENE_DE_MANOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaraon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310696089469&ssbinary=true
- Fernández S, Fernández MJ, Sanz C. Higiene de las manos en el medio sanitario. Medicina Preventiva. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.
- Guía para la higiene de manos en el medio sanitario. [Internet]. Servicio Canario de la Salud; 2009. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/49effa6b-c211-11de-98bc-ddc0386026b1/Guia_para_la_higiene_de_manos_en_el_medio_sanitario.pdf

ANEXO 0901-I

ampliación de toda la página

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



ANEXO 0901-II



UTILIZACIÓN DEL GUANTE SANITARIO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Rosa Ma Esteban Urbán	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
RX	RADIODIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN

El correcto uso del guante sanitario junto con una correcta higiene de manos, disminuye el riesgo de exposición a agentes infecciosos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO

- Evitar que la piel de las manos sean un vehículo de transmisión contaminante, creando una barrera entre las áreas sépticas y asépticas.

ALCANCE

Dirigido a todo el personal sanitario y no sanitario en zonas hospitalarias.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes de látex
- Guantes de nitrilo
- Guantes tricapa
- Guantes neopreno
- Guantes vinilo
- Guantes polietileno

EJECUCIÓN

Normas generales de uso adecuado de los guantes sanitarios

- El uso de guantes NO SUSTITUYE al lavado de manos, el cual debe realizarse antes y después de usar los guantes.
- Quitarse los guantes después de atender un paciente, no usando el mismo par de guantes para más de un paciente.
- Cambiar los guantes durante el cuidado de un paciente si se va a pasar de un sitio contaminado a otro limpio.
- Secar correctamente las manos antes de colocarse los guantes, para evitar problemas dermatológicos.
- Elegir el tipo de guante adecuado:
 - Guantes de látex
 - Para uso general con sensibilidad táctil.

- Guantes de nitrilo
 - Mayor protección química.
 - Evita reacciones alérgicas al látex.
- Guantes tricapa
 - Mayor protección química.
 - Evita reacciones alérgicas al látex.
- Guantes neopreno
 - Mayor protección química.
 - Evita reacciones alérgicas al látex.
- Guantes vinilo
 - Para uso general y breve tiempo de contacto con fluidos.
 - Evita reacciones alérgicas al látex.
- Guantes polietileno
 - Para higiene alimentaria.
- Elegir el guante del tamaño adecuado, evitando que quede demasiado flojo, especialmente a nivel de la punta de los dedos, ya que se aumenta el riesgo de pinchazos y roturas.
- No usar guantes con polvo si se utilizan soluciones hidroalcohólicas para el lavado de manos.
- Quitar los guantes inmediatamente tras acabar la técnica correspondiente, evitando tocar superficies.
- Los guantes deben DESECHARSE TRAS SU USO, nunca deben guardarse en los bolsillos.

Indicaciones de uso:

- Contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta.
- Procedimientos o técnicas sanitarias en los que se produzca contacto con sangre, tejidos y fluidos biológicos.
- Manipulación de objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o fluidos biológicos.
- Contacto con las mucosas o con piel del paciente.
- Cuando exista indicación expresa del procedimiento (por ejemplo, en pacientes en estado crítico).
- En manipulaciones de agentes citostáticos (preparación, administración, limpieza de excretas, etc).
- En manipulaciones de productos químicos.
- Contacto con residuos biosanitarios.
- CON CARÁCTER OBLIGATORIO, siempre que el trabajador sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.

Cuándo NO es necesario utilizar guantes

- Trasladar pacientes.
- Repartir y recoger comidas.
- Cambiar o recoger ropa de cama, salvo en los casos en que esté manchada con fluidos corporales.

- Tomar constantes y realizar exploraciones sobre piel íntegra.
- Cambiar goteros o administrar medicación por vía oral.
- Realizar exploraciones complementarias: ECG, RX. Etc.
- Manipular material limpio.
- Aplicar tratamientos de fisioterapia a pacientes sobre piel íntegra.

Procedimiento para la colocación de guantes

- Introducir la mano en la cara interna de cada guante.

Procedimiento para la retirada de guantes estériles

- Para retirar el primer guante, tomar el borde por la cara externa y dar la vuelta completamente al guante.
- Lavar y secar las manos.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Tener las manos limpias, secas y sin cremas.
- Mantener las uñas cortas y sin esmalte.
- No trabajar con anillos, relojes, etc: pueden romper los guantes, obstaculizar una buena limpieza, fijar a la piel las partículas que se desprendan del guante y favorecer la retención de material potencialmente infeccioso.
- Si utilizamos soluciones hidroalcohólicas para el lavado de manos, no deben usarse guantes con polvo.
- Se quitarán los guantes inmediatamente tras acabar la técnica correspondiente, evitando tocar superficies.
- Los guantes deben desecharse tras su uso, nunca deben guardarse en los bolsillos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad e integridad de todos los materiales a emplear en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos Y Técnicas Asépticas En Sop. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/jjweb/procedimientos-y-tecnivas-asepticas-en-sop>
- Normas generales en la colocación y retirada de guantes estériles. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/MarbelCastiglioniBar/colocacion-de-guantes>
- Colocación de los guantes estériles. [Internet] [Acceso 15 abril 2016]. Disponible en:
<http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com.es/2010/10/colocacion-de-los-guantes-esteriles.html>
- MAZ. Guía de higiene de manos y uso del guante sanitario. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://www.maz.es/Publicaciones/Publicaciones/manual-guia-de-higiene-de-manos-y-uso-del-guante-sanitario.pdf>
- Protocolo de Lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/AS_Seguridad%20Paciente/Protocolo%20Lavado%20Manos%20AP.pdf
- Uso de guantes en el hospital. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000452.htm>

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia	Comisión de Cuidados del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS	Z1-NSG-PO-0903 Revisión: A Página 493 de 1160
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS	Z1-NSG-PO-0903 Revisión: A Página 494 de 1160
--	--	--

DEFINICIÓN

Es el procedimiento destinado a reducir el mayor número de microorganismos patógenos desde las manos al tercio inferior de brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos antes de practicar una intervención quirúrgica.

OBJETIVO

- Prevenir las infecciones intrahospitalarias.
- Eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora normal de la piel.
- Prevenir la diseminación de microorganismos, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección intrahospitalaria.

ALCANCE

Dirigido al personal sanitario que está en contacto directo con el paciente durante la intervención quirúrgica.

PERSONAL

- Enfermera
- Cirujano
- Anestesista

MATERIAL

- Cepillos/Esponjas estériles desechables (pueden llevar o no incorporados los jabones antisépticos)
- Agua clorada de la red pública
- Jabones antisépticos:
 - Gluconato de Clorhexidina en concentración acuosa al 4%
 - Yodoforos
 - Paraclorometaxilenol

EJECUCIÓN

Lavado quirúrgico de manos

- Lavar primero las manos y los brazos durante unos minutos. Limpiar las uñas y lechos ungueales utilizando los cepillos.
- Proceder al lavado quirúrgico con cepillo-esponja estéril desechable (consta de tres tiempos que describiremos más adelante) llevando un orden anatómico de lavado sincrónico, dedos, espacios interdigitales, palma y dorso de la mano, muñecas y antebrazo. Este lavado se realiza durante 5 minutos. Nunca en orden inverso.

Primer tiempo

- Lavar con el cepillo estéril manos y brazos, manteniendo la mano en alto, para que el agua y el jabón vayan de la mano hacia el antebrazo y brazo, esto evita que las bacterias que contaminan el agua y el jabón se queden en las manos.
- Cepillarse con movimientos circulares la palma de la mano.

- Continuar con los dedos y espacios interdigitales.
- Seguir por el lateral de la mano y dedo meñique.
- Continuar con los espacios ungueales hasta el borde lateral del dedo pulgar y mano.
- Iniciar con los dedos, desde el dedo pulgar al meñique.
- Continuar con el dorso de la mano.
- Seguir con movimientos circulares en muñeca.
- Parte media del antebrazo.
- Parte superior del antebrazo.
- Parte inferior del brazo en sus caras anterior y posterior; todo esto con movimientos circulares.
- Terminar en el codo (20 veces).
- Realizar el procedimiento en la mano opuesta.
- Enjuagar con abundante agua las manos y los brazos, pasando por el agua en una sola dirección desde los dedos hasta el codo, de modo que el agua se escurra hacia el codo.

Segundo tiempo

- Repetir la técnica de lavado llegando hasta el tercio superior del antebrazo y enjuagar.

Tercer tiempo

- Repetir el procedimiento llegando hasta el tercio inferior del antebrazo (muñeca) y enjuagar.

- Desechar el cepillo-esponja.
- aclarar las manos y antebrazos, manteniendo las manos en alto y separadas del cuerpo.
- Enjuagar las manos y los brazos con el agua en una sola dirección, desde los dedos hasta el codo.
- No mover el brazo hacia atrás y adelante a través del agua.
- No salpicar agua sobre la vestimenta quirúrgica.
- Entrar en quirófano con las manos elevadas por encima de los codos.

Secado

- Secar la mano en el quirófano con una compresa estéril sin frotar. Se empieza por los dedos, espacios interdigitales, palma, dorso, antebrazo y codo, utilizar una compresa diferente para cada mano, o una cara distinta de la compresa para cada mano y brazo.
- Desechar la compresa o colocarla en el lugar indicado, si entra en el recuento.

OBSERVACIONES / PRECAUCIONES

- Quitarse todas las joyas de las manos y muñecas (anillos, relojes, pulseras, etc).
- Mantener la higiene de las uñas, deben estar cortas y sin pintar.
- Llevar la indumentaria quirúrgica, gorro, uniforme, calzas de quirófano y mascarilla antes de iniciar el lavado de manos.
- No presentar infecciones respiratorias, enfermedades infectocontagiosas o heridas en las manos.
- Asegurar bien las gafas previamente.
- Ajustar la temperatura del agua a 32º C aproximadamente.

	SECTOR ZARAGOZA I LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS	Z1-NSG-PO-0903 Revisión: A Página 496 de 1160
---	--	--

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- Basozabal-Zamakona B, Durán-Díaz de Real MA. Manual de enfermería quirúrgica. [Internet] Bizkaia: Hospital de Galdakao; 2003. [Citado febrero 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf
- Berry y Khon's. Lucy joAtrinson, Nancy Marie Fortunato. Técnicas de quirófano. División iberoamericana. [Internet] 1998. [Citado febrero 2016]. Disponible en:
<https://www.yumpu.com/es/document/view/30294263/dkmed-k/191>
- Fuller JR. Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. Madrid: Ed. Panamericana; 2012.

COLOCACIÓN Y RETIRADA DEL GUANTE ESTÉRIL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Esteban Urbán, Rosa Ma	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
RX	RADIODIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN

El uso adecuado del guante estéril junto con una correcta higiene de manos, disminuye el riesgo de exposición a agentes infecciosos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO

- Evitar que la piel de las manos sean un vehículo de transmisión contaminante, creando una barrera entre las áreas sépticas y asépticas.

ALCANCE

Dirigido a todo el personal sanitario que vaya a realizar una técnica estéril.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes estériles

EJECUCIÓN

Normas generales de uso adecuado de los guantes sanitarios

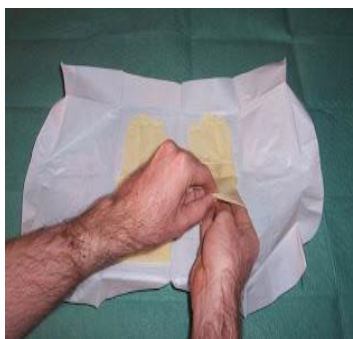
- El uso de guantes NO SUSTITUYE al lavado de manos, el cual debe realizarse antes y después de usar los guantes.
- Secar correctamente las manos antes de colocarse los guantes, para evitar problemas dermatológicos.
- Elegir el guante del tamaño adecuado, evitando que quede demasiado flojo, especialmente a nivel de la punta de los dedos, ya que se aumenta el riesgo de pinchazos y roturas.
- Quitar los guantes inmediatamente tras acabar la técnica correspondiente, evitando tocar superficies.
- Desechar los guantes.

Indicaciones de uso:

- Curas de heridas y cualquier otro procedimiento invasivo que implique penetración quirúrgica en tejidos, órganos o cavidades.
- Contacto con las mucosas o con piel no íntegra del paciente.
- En procedimientos con técnica estéril.

Procedimiento para la colocación de guantes estériles

- Abrir el paquete
- Desdoblar el paquete.
- Los guantes deben situarse delante de la persona con los dedos pulgares hacia fuera.
- Colocación del primer guante: Se desliza la mano en la cara interna del guante sin tocar la cara externa del mismo.
- Colocación del segundo guante: Se coloca ayudándose con la mano enguantada la cual se introduce en los dobles del puño.
- Los puños de los guantes se subirán una vez se hayan colocados ambos guantes, teniendo en cuenta que en esta maniobra solo se puede tocar la cara externa de los mismos.



Procedimiento para la retirada de guantes estériles

- Para retirar el primer guante, tomar el borde por la cara externa y dar la vuelta completamente al guante.
- Para retirar el segundo guante, tomarlo del puño, darle la vuelta completamente al guante y desecharlo según normativa del centro.
- Lavar y secar las manos.



OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Tener las manos limpias, secas y sin cremas.
- Mantener las uñas cortas y sin esmalte.
- No trabajar con anillos, relojes, etc: pueden romper los guantes, obstaculizar una buena limpieza, fijar a la piel las partículas que se desprendan del guante y favorecer la retención de material potencialmente infeccioso.
- Se quitarán los guantes inmediatamente tras acabar la técnica correspondiente, evitando tocar superficies.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad e integridad de todos los materiales a emplear en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos Y Técnicas Asépticas En Sop. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/jjweb/procedimientos-y-tecnivas-asepticas-en-sop>
- Normas generales en la colocación y retirada de guantes estériles. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/MarbelCastiglioniBar/colocacion-de-guantes>
- Colocación de los guantes estériles. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com.es/2010/10/colocacion-de-los-guantes-esteriles.html>
- MAZ. Guía de higiene de manos y uso del guante sanitario. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<http://www.maz.es/Publicaciones/Publicaciones/manual-guia-de-higiene-de-manos-y-uso-del-guante-sanitario.pdf>
- Protocolo de Lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/AS_Seguridad%20Paciente/Protocolo%20Lavado%20Manos%20AP.pdf
- Uso de guantes en el hospital. [Internet] [Acceso abril 2016]. Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000452.htm>

VESTIMENTA QUIRÚRGICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VESTIMENTA QUIRÚRGICA	Z1-NSG-PO-0905 Revisión: A Página 504 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VESTIMENTA QUIRÚRGICA	Z1-NSG-PO-0905 Revisión: A Página 505 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Son los pasos que se siguen de forma aséptica para la colocación de la bata quirúrgica y guantes estériles.

OBJETIVO

- Prevenir las infecciones intrahospitalarias.
- Proporcionar barreras eficaces que eviten la diseminación de microorganismos hacia el paciente.
- Proteger al equipo quirúrgico.

ALCANCE

Dirigido al personal sanitario que va a estar en contacto con el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Bata estéril
- Guantes estériles

EJECUCIÓN

Colocación de la bata

- Abrir el paquete estéril.
- Levantar la bata directamente hacia arriba.
- Separarse de la mesa, hacia una zona donde no se estorbe, para tener un margen de seguridad durante la colocación de la misma.
- Desplegar la bata, manteniendo la parte interna de la misma hacia el cuerpo.
- No tocar la parte externa con las manos.
- Mantener las manos a nivel de los hombros e introducir ambos brazos en las mangas simultáneamente.
- La enfermera circulante coloca la bata sobre los hombros, cogiéndola por la costura interior del hombro y brazo, traccionando la bata, hasta que aparecen las manos.
- Pegar velcro superior y atar las cintas de la cintura.

	SECTOR ZARAGOZA I VESTIMENTA QUIRÚRGICA	Z1-NSG-PO-0905 Revisión: A Página 506 de 1152
---	---	--

Colocación de guantes

- Los guantes están colocados en su paquete con las palmas hacia arriba.
- Poner primero la mano derecha, introduciéndola en el guante con la palma hacia arriba y subiéndolo hasta el puño de la manga.
- Colocar el guante izquierdo, con la mano derecha enguantada subiendo el doblez del guante por encima de los puños de la bata.
- No tocar con la mano sin enguantar el puño de la bata o el guante al colocarlo.
- Derivar al procedimiento de colocación y retirada de guante estéril. [PO-0904](#)

Retirada de batas y guantes

- Retirar primero la bata y después los guantes.
- Se debe retirar el primer guante tocándolo sólo por el exterior y después retirar el otro con la mano desenguantada sin tocar el exterior.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Todo el personal que entre en el bloque quirúrgico deberá pasar primero por el vestuario y ponerse la indumentaria quirúrgica que consta de: pijama quirúrgico, gorro, mascarilla y calzas o zuecos.
- No salir del bloque quirúrgico con esta vestimenta.
- Utilizar gafas de protección cuando se precise.
- Las batas han de ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre, ser cómodas y no producir excesivo calor y de la talla adecuada.
- Existen guantes estériles de diferentes materiales y características, en función de las preferencias del personal quirúrgico y de las intervenciones (guantes plomados, guantes con clorhexidina, etc).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad e integridad de todos los materiales a emplear en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- Basozabal-Zamakona B, Durán-Díaz de Real MA. Manual de enfermería quirúrgica. [Internet] Bizkaia: Hospital de Galdakao; 2003. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf
- Berry y Khon's. Lucy joAtrinson, Nancy Marie Fortunato. Técnicas de quirófano. División iberoamericana. [Internet] 1998. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/30294263/dkmed-k/191>
- Fuller JR. Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. Madrid: Ed. Panamericana; 2012.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR O DE PRIMER NIVEL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Esteban Urbán, Rosa M ^a Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I PRECAUCIONES ESTÁNDAR O DE PRIMER NIVEL	Z1-NSG-PO-0906 Revisión: A Página 508 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
TA	TENSION ARTERIAL

DEFINICIÓN

Son aquellas precauciones encaminadas a incidir en el segundo eslabón de la cadena epidemiológica, brindando un entorno seguro para el profesional sanitario y los pacientes.

OBJETIVOS

- Evitar y reducir la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
- Aislar la infección y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

ALCANCE

Dirigido al personal sanitario que va a estar en contacto con el paciente.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Guantes
- Bata
- Mascarilla
- Protecciones oculares
- Contenedor de objetos punzantes

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Iniciar aislamiento estándar. [ANEXO 0906-I](#)
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
 - 5 momentos de la OMS. [ANEXO 0906-II](#)
- Colocación de guantes: [PO-0902](#)
 - Para tocar: Mucosas y piel no intacta, sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, objetos contaminados.

- Colocación de bata:
 - Durante el proceso de cuidados/procedimientos al paciente cuando se prevea contacto de piel ó ropa con: sangre, fluidos corporales, secreciones y/o excreciones.
- Colocación de mascarilla y /o protecciones oculares:
 - Durante procedimientos/cuidados del paciente en el que se prevean salpicaduras o sprays de sangre, fluidos corporales o secreciones, especialmente técnicas generadoras de aerosoles:
 - Aspiración de secreciones e intubación endotraqueal.
- Dispositivos de uso del paciente:
 - Deben manejarse de forma que impidan el paso de microorganismos a personas o al ambiente:
 - Realizar higiene de manos después del contacto. [PO-0901](#)
 - Usar guantes si está visiblemente contaminado (sucios). [PO-0902](#)
 - Deben desinfectarse según protocolo.
- Control del entorno:
 - Higiene Hospitalaria
 - Desarrollar procedimientos para el cuidado rutinario, limpieza, y desinfección de superficies del entorno del paciente, sobre todo las de contacto frecuente.
 - Pedir la colaboración del paciente y acompañante o cuidador en el orden ambiental.
- Textil y ropa sucia:
 - Manejar de forma que se impida el paso de microorganismos a otras personas o al entorno.
- Agujas y otros objetos punzantes:
 - No encapuchar o manipular agujas usadas; desechar en los contenedores apropiados.
- Higiene respiratoria:
 - Correcto manejo de secreciones:
 - Instruir a las personas sintomáticas para que se cubran la boca/nariz al toser o estornudar.
 - Usar pañuelos y tirar en receptáculo que no se toque.
 - Utilizar mascarilla quirúrgica.
 - Mantener una distancia mayor a un metro si es posible.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PRECAUCIONES ESTÁNDAR O DE PRIMER NIVEL	Z1-NSG-PO-0906 Revisión: A Página 511 de 1152
--	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Precauciones Estándar y medidas basadas en el mecanismo de Transmisión: por contacto. [Internet]. Hospitales universitarios: Regional y Virgen de la Victoria, Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2015. [Acceso Julio 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/documentos/precauciones-estandar-y-medidas-para-prevenir-la-transmisi%C3%B3n-por-contacto.pdf>
- Documentación de enfermería. Protocolo de precauciones Estándar y específicas (basadas en la transmisión). [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso Julio 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DProtocolo+de+precauciones+est%C3%A1ndar+y+espec%C3%ADficas.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881243&ssbinary=true>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de Aislamientos. Aislamientos como Medida para Evitar Transmisión Nosocomial. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\1TEXTO AISLAMIENTOS COMO MEDIDA PARA EVITAR TRANSMISIÓN NO....pdf>
- Protocolos Medicina Preventiva. Anexos Manual Aislamientos. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva. Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica; 2006. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\2 ANEXOS MANUAL AISLAMIENTO.pdf>
- Aislamiento infeccioso. Precauciones aéreas. Además de las Precauciones Generales. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Royo Villanova. Medicina Preventiva; 2008. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Precauciones Aereas intranet 15129.pdf>

ANEXO 0906-I

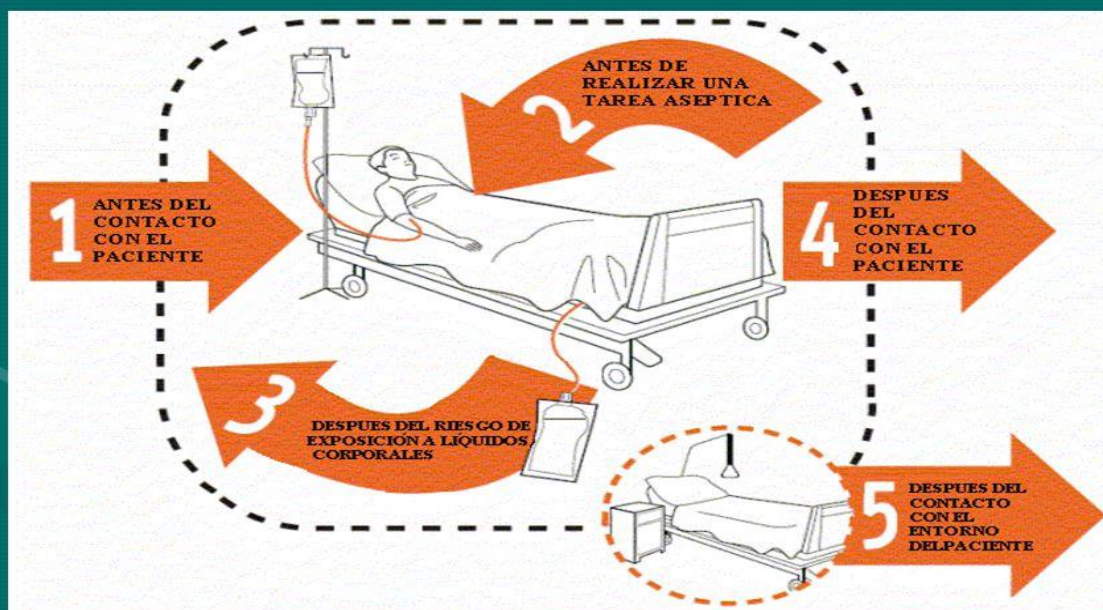
Aislamiento estándar

EXPLORACIÓN FÍSICA TOMA DE CONSTANTES	Antes y después 				
EXTRACCIONES CURAS MANEJO DE SONDAS MANIPULACIÓN DE CATÉTERES MANEJO DE DRENAJES	Antes y después 				
ASPIRACIÓN BRONCOSCOPIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Antes y después 				

ANEXO 0906-II



OMS. Los 5 momentos para la higiene de manos



PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN AEREA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Esteban Urbán, Rosa M ^a Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN AEREA	Z1-NSG-PO-0907 Revisión: A Página 515 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

FP2	FACTOR DE PROTECCIÓN 2
FP3	FACTOR DE PROTECCIÓN 3

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS

- Evitar la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
- Reducir el riesgo de transmisión aérea de los agentes infecciosos que se propagan en partículas de menos de 5 micras. Pueden ser dispersadas por las corrientes de aire de la habitación.
- Aislar la infección y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

ALCANCE

Dirigido al personal sanitario que va a estar en contacto con el paciente que presenta riesgo de infección.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Mesita
- Material necesario según el tipo de aislamiento: guantes no estériles, bata, mascarilla, calzas, gorro, carteles indicativos de las precauciones a tomar, etc.
- Dispensador de solución alcohólica
- Material para la recogida selectiva de secreciones y residuos contaminados
- Material de limpieza exclusivo en las habitaciones
- Esfingomanómetro, termómetro y fonendoscopio de uso exclusivo o desinfección después de su uso.

EJECUCIÓN

- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de bata.
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Aplicar las precauciones estándar o de primer nivel. [PO-0906](#)
- [ANEXO 0907-I](#), [ANEXO 0907-II](#)
- Habitación individual:

- Mantener siempre las puertas cerradas.
- Protección respiratoria: siempre que se va entrar en la habitación, FP2-FP3
<Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\1TEXTO AISLAMIENTOS COMO MEDIDA PARA EVITAR TRANSMISIÓN NO....pdf>
- Evitar movimientos del paciente fuera de la habitación, pero si fueran necesarios, limitar la dispersión colocándole al paciente una mascarilla.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos_10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Indicaciones: tuberculosis pulmonar, laríngea o bronquial, varicela, sarampión, herpes zoster diseminado o localizado en pacientes inmunodeprimidos.
 - Para entrar en la habitación, debe llevarse protección respiratoria, FP2-FP3
 - Las personas no inmunizadas para Sarampión o Varicela no deben entrar en la habitación de pacientes con estas infecciones.
- Poner una mesita auxiliar en la puerta de la habitación con todo el material necesario para el aislamiento.
- Colocar un cartel en la habitación del paciente informando del tipo de aislamiento.
- Dejar la habitación con la puerta cerrada para evitar las corrientes de aire.
- Limitar al máximo los traslados. Si son inevitables: avisar antes al servicio receptor; paciente con mascarilla quirúrgica.
- No deben retirarse estas medidas de precaución hasta que no se hayan obtenido al menos 2 ó 3 muestras consecutivas con resultado negativo en ausencia de factores de riesgo.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN AEREA	Z1-NSG-PO-0907 Revisión: A Página 518 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Precauciones Estándar y medidas basadas en el mecanismo de Transmisión: por contacto. [Internet]. Hospitales universitarios: Regional y Virgen de la Victoria, Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2015. [Acceso julio 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/documentos/precauciones-estandar-y-medidas-para-prevenir-la-transmisi%C3%B3n-por-contacto.pdf>
- Documentación de enfermería. Protocolo de precauciones Estándar y específicas (basadas en la transmisión). [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso julio 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DProtocolo+de+precauciones+est%C3%A1ndar+y+espec%C3%ADficas.pdf&blobheadertype=e2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881243&ssbinary=true>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de Aislamientos. Aislamientos como Medida para Evitar Transmisión Nosocomial. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\1TEXTO AISLAMIENTOS COMO MEDIDA PARA EVITAR TRANSMISIÓN NO....pdf>
- Protocolos Medicina Preventiva. Anexos Manual Aislamientos. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva. Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica; 2006. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\2 ANEXOS MANUAL AISLAMIENTO.pdf>
- Aislamiento infeccioso. Precauciones aéreas. Además de las Precauciones Generales. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Royo Villanova. Medicina Preventiva; 2008. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Precauciones Aereas intranet 15129.pdf>

ANEXO 0907-I

Transmisión respiratoria

INTERIOR DE LA HABITACIÓN			
			
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA USADA	MASCARILLA QUIRÚGICA
			
CONTENEDOR AMARILLO	BOLSA RECOLECTORA ESTANDAR	CONTENEDOR VERDE CON BOLSA ROJA	

EXTERIOR DE LA HABITACIÓN			
			
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA LIMPIA	MASCARILLA FFP2-FFP3

ANEXO 0907-II

Transmisión por gotas

INTERIOR DE LA HABITACIÓN			
			
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA USADA	MASCARILLA QUIRÚGICA
			
CONTENEDOR AMARILLO	BOLSA RECOLECTORA ESTANDAR	CONTENEDOR VERDE CON BOLSA ROJA	

EXTERIOR DE LA HABITACIÓN			
			
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA LIMPIA	MASCARILLA

PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN POR CONTACTO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Esteban Urbán, Rosa M ^a Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SM	SUJECCIÓN MECÁNICA
----	--------------------

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas que adopta el personal sanitario ante la sospecha clínica o confirmación bacteriológica de la presencia en el paciente de microorganismos patógenos que pueden ser transmitidos por contacto directo del paciente o contacto indirecto con superficies del medio ambiente y utensilios utilizados en el cuidado al paciente.

OBJETIVOS

- Evitar la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
- Aislar la infección y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

ALCANCE

Dirigido al personal sanitario que va a estar en contacto con el paciente que presenta riesgo de infección.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Mesita
- Material necesario según el tipo de aislamiento: guantes no estériles, bata, mascarilla, calzas, gorro, carteles indicativos de las precauciones a tomar, etc.
- Dispensador de solución alcohólica
- Material para la recogida selectiva de secreciones y residuos contaminados
- Material de limpieza exclusivo en las habitaciones
- Esfingomanómetro, termómetro y fonendoscopio de uso exclusivo

EJECUCIÓN

- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocación de bata.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Aplicar las precauciones estándar o de primer nivel. [PO-0906](#)
- Aplicar las precauciones de transmisión contacto: [ANEXO 0908-I](#)
 - Recomendada la habitación individual, si no es posible la habitación individual: en cohorte (patologías compatibles). Cuando no se dispone de habitación individual consultar con Medicina Preventiva antes de colocar al paciente.

- Colocación de guantes:
 - Cuando se entra en la habitación.
 - En el transcurso de la atención al paciente.
 - Cambiar inmediatamente cuando se entre en contacto con material infectado (materia fecal, drenaje de heridas, etc).
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Bata:
 - Siempre que se prevea que la ropa del profesional sanitario pueda entrar en contacto con material infectado.
 - Retirla antes de salir de la habitación.
 - No colgar NUNCA una bata encima de otra.
 - Tras quitarse la bata dentro de la habitación, evitar que la ropa toque superficies potencialmente contaminadas.
- Si el paciente se traslada fuera de la habitación, asegurarse de que se mantienen las precauciones para minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes y la contaminación de superficies o equipos sanitarios.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Indicaciones: Pacientes con SARM (Staphilococcus aureus resistente a la meticilina), heridas quirúrgicas con gérmenes multirresistentes, infecciones gastrointestinales, virus respiratorio sincitial en niños y adultos inmunodeprimidos, virus del herpes simple, infecciones por clostridium difficile, infecciones hemorrágicas como ébola, lassa, enterohemorragias, sifilias, hepatitis, rotavirus, difteria cutánea, impétigo, grandes abscesos, celulitis, úlceras que no se pueden cubrir, conjuntivitis hemorrágicas.
- Fiebre hemorrágica viral (Lassa o Marburg).
- Diarrea aguda de probable causa infecciosa en paciente incontinente o en adultos que han tomado antimicrobianos de amplio espectro o durante un periodo prolongado.
- Bronquiolitis.
- Infección o colonización previa por bacterias Multirresistentes (SARM, Acinetobacter Baumannii, etc).
- Infección cutánea, urinaria o de herida en pacientes con ingreso reciente en hospital o centro donde los microorganismos Multirresistentes son prevalentes.
- Abscesos o heridas con exudado que no pueden ser cubiertos.
- Poner una mesita auxiliar en la puerta de la habitación con todo el material necesario para el aislamiento: batas, mascarillas, guantes, calzas, gorros, etc.
- Colocar un cartel en la habitación del paciente informando del tipo de aislamiento.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISION POR CONTACTO	Z1-NSG-PO-0908 Revisión: A Página 525 de 1152
--	---	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Precauciones Estándar y medidas basadas en el mecanismo de Transmisión: por contacto. [Internet]. Hospitales universitarios: Regional y Virgen de la Victoria, Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2015. [Acceso julio 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/documentos/precauciones-estandar-y-medidas-para-prevenir-la-transmisi%C3%B3n-por-contacto.pdf>
- Documentación de enfermería. Protocolo de precauciones Estándar y específicas (basadas en la transmisión). [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso julio 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DProtocolo+de+precauciones+est%C3%A1ndar+y+espec%C3%ADficas.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881243&ssbinary=true>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de Aislamientos. Aislamientos como Medida para Evitar Transmisión Nosocomial. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo de aislamientos\1TEXTO AISLAMIENTOS COMO MEDIDA PARA EVITAR TRANSMISIÓN NO....pdf>
- Protocolo de Vigilancia Prevención y control de Gérmenes Multirresistentes. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. Medicina Preventiva; 2008. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <Z:\General\PROTOCOLOS MEDICINA PREVENTIVA\Protocolo multirresistentes\2201 MULTIRESISTENTES PROTOCOLO MULTIRRESISTENTES HNSG.pdf>
- Aislamiento infeccioso. Precauciones aéreas. Además de las Precauciones Generales. [Internet] Zaragoza: Sector I Hospital Royo Villanova. Medicina Preventiva; 2008. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Precauciones de Contacto intranet 15247.pdf>

ANEXO 0908-I

Transmisión contacto

INTERIOR DE LA HABITACIÓN			
			
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA USADA	MASCARILLA QUIRÚGICA
			
CONTENEDOR AMARILLO	BOLSA RECOLECTORA Estandar	CONTENEOR VERDE CON BOLSA ROJA	

EXTERIOR DE LA HABITACIÓN		
		
HIDROALCOHOLES	GUANTES	BATA LIMPIA

CONTENCIÓN MECÁNICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles Martínez planas, M ^a Isabel	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CM	CONTENCIÓN MECÁNICA
SM	SUJECCIÓN MECÁNICA
c/	CADA
h	HORAS

DEFINICIÓN

La Contención Mecánica (CM) hace referencia a la inmovilización mediante medios físicos, total o parcial del paciente. En la mayoría de hospitales suele utilizarse como sinónimo de Sujeción Mecánica (SM), sin hacer ningún tipo de distinción entre ellas.

Entenderemos como CM el uso de sistemas físicos de inmovilización con el fin de controlar las acciones de un paciente, limitando por tanto su libertad de movimiento. La CM consiste en la inmovilización de un paciente (en una cama o sillón) con cinturones homologados de sujeción.

Es una medida terapéutica excepcional que solamente se utilizará cuando han fracasado otras medidas alternativas.

Tiene que cumplir los siguientes criterios:

- Garantizar la salud y seguridad del paciente, y la seguridad del entorno.
- Indicación individualizada y limitada en el tiempo.
- Se requerirá siempre la indicación del facultativo responsable. En situaciones excepcionales y por motivos de urgencia, la enfermera podrá tomar la decisión, pero comunicando inmediatamente dicha decisión al facultativo responsable que valorará la indicación.
- Siempre se intentará aplicar la medida menos restrictiva posible.
- En ningún caso se podrá aplicar una medida restrictiva en situaciones no justificadas por las circunstancias o el protocolo correspondiente.

OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad del paciente y/o su entorno (otros pacientes, familiares, profesionales o instalaciones).
- Prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales, etc.).
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).
- Evitar daños físicos significativos en el entorno sanitario.
- Evitar la fuga del paciente, que pueda representar un peligro para sí mismo o para otros.
- Mantener la sedestación y control postural del paciente para evitar deformidades y en situaciones de grave deterioro neuromuscular.

ALCANCE

Dirigida a toda la población susceptible de presentar conductas disruptivas por síndrome mental u orgánico de múltiples etiologías.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador
- Personal de seguridad si se precisa

Indicación

- La indicación de CM la hará el facultativo responsable del paciente. Es aconsejable que el facultativo esté presente en la CM.
- La enfermera está autorizada para iniciar el procedimiento y comunicarlo al facultativo en el menor tiempo posible, en caso de que la situación del paciente obligue a la toma de una decisión inmediata.

Sujeción

- El número óptimo de personas necesarias para iniciar la CM a un enfermo es de cinco: Una para sostener cada una de las extremidades del enfermo y otra para sujetarle la cabeza.
- La CM la realizará el personal de enfermería y celadores.
- Puede solicitarse la ayuda del personal de seguridad cuando el personal sanitario de turno se vea superado por las circunstancias.

MATERIAL

En cama

- Guantes
- Barandillas o barras protectoras
- Cinturón abdominal
- Cincha para bastidor de cama
- Muñequeras
- Tobilleras
- Llave magnética (imán)
- 9 botones magnéticos de fijación
- 9 pivotes magnéticos de fijación
- Alargaderas si fuese necesario

En silla/sillón

- Guantes
- Cinturón abdominal
- Cinturón abdominal con sujeción perineal
- Chaleco de sujeción a tronco
- Chaleco con sujeción perineal
- Cintas para las muñecas
- Cinturón para las extremidades inferiores
- Cintas para los tobillos
- Llave magnética
- 9 botones magnéticos de fijación
- 9 pivotes magnéticos de fijación
- Alargaderas si fuese necesario

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Abordaje alternativo y/o complementario:

- *Contención verbal* para relajar la situación y disminuir la agresividad:
 - Vigilar signos de alarma.
 - Mostrar firmeza y seguridad.
 - Mostrar actitud abierta y tranquila.
 - Evitar avergonzar al paciente.
 - Evitar contacto visual fijo con el paciente.
 - Mantener actitud terapéutica.
 - Evitar gestos bruscos y espontáneos.
 - Dejar que el paciente hable, no discutir ni confrontar.
 - Ser empáticos pero firme.
 - Evitar juicios de valor.
 - Mantener distancia de seguridad.

Medidas ambientales y/o conductuales:

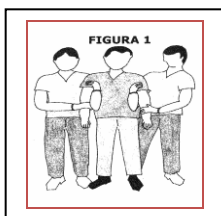
- Reducir o limitar estímulos provocadores de conductas agresivas o violentas.
- Introducir una figura de autoridad o confianza.
- Elaborar tareas de distracción, relajación, interacción, que ayuden al paciente a mantener la orientación espacio-temporal.
- Procurar la Seguridad del entorno:
 - Generar espacios libres de obstáculos y bien iluminados.
 - Facilitar la adecuación del mobiliario a las necesidades de la persona cuidada.
 - Señalizar las zonas mojadas o con cualquier tipo de obstáculos.
 - Recomendar calzado antideslizante, de tamaño y diseño adecuado y ajustado a las necesidades.

Contención farmacológica:

- Prescripción médica

Acompañamiento del paciente:

- *Acompañamiento del paciente sin contención:*
 - Sujetar al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y con la otra mano por las muñecas tirando hacia abajo.



Contención mecánica:

• *Sujeción en cama:*

- Colocar al paciente en decúbito supino en la cama (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad). [PO-0401](#)
- Proceder a la sujeción completa o parcial indicada. La sujeción se realizará por este orden, primero cintura, después las dos extremidades, de forma diagonal:



▪ *Sujeción completa:* inmovilización del tronco y las 4 extremidades.

- Colocar primero cinturón ancho abdominal. (la parte más larga se coloca en la cintura del paciente).
- Colocar después las dos extremidades, de forma diagonal, brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.
- Sujetar de forma extendidas y ligeramente abiertas las piernas para poder sujetar los tobillos.
- Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

▪ *Sujeción parcial:* inmovilización del tronco y 2 extremidades:

- Colocar primero cinturón ancho abdominal. (la parte más larga se coloca en la cintura del paciente).
- Colocar las dos extremidades, de forma diagonal, brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.

• *Muñequera con imán o velcro:*



- Colocar la muñequera al paciente sobre la cara de algodón dejando las cintas caer por ambos lados.
- Ajustar y fijar la muñequera con el cierre de velcro o imán.
- Colocar las muñequeras en la presilla inferior abdominal o en cincha independiente según la inmovilización que se quiera dar al paciente.
- La sujeción debe permitir la perfusión endovenosa y cierta movilidad de las extremidades.

• *Tobillera con imán:*



- Colocar la tobillera al paciente sobre la cara de algodón dejando las cintas caer por ambos lados.
- Ajustar y fijar la tobillera con el cierre de imán.
- Colocar las tobilleras con cincha independiente.
- La sujeción debe permitir cierta movilidad de las extremidades.

• *Sujeción abdominal en cama:*



- Paciente semiincorporado.
- Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.
- Anudar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama. Nunca a las barandillas.
- El paciente podrá girar a cada lado 90° sin peligro de caída.
- Mantener la cabeza del paciente, ligeramente levantada para prevenir posible aspiración pulmonar y disminuir sus sentimientos de indefensión.
- Evitar excesiva compresión o deslizamientos que puedan ocasionar lesiones (dificultar la respiración, estrangulación, etc), si se sujeta el tronco con un cinturón a la cama.
- Comprobar que el personal sanitario pueda manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas.

• *Sujeción abdominal en sillón:*



- Paciente con la espalda apoyada en el respaldo.
- Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.
- Cruzar las cintas por detrás.
- Valorar la necesidad de utilizar cinturón abdominal homologado para la sujeción del tronco. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas no se levantará al sillón si no va a poder estar acompañado y vigilado por un familiar y/o cuidador o por personal de la Unidad.

• *Cinturón abdominal con sujeción perineal:*



- Paciente con la espalda apoyada en el respaldo.
- Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.
- Cruzar las cintas por detrás.
- Colocar la cincha perineal por fuera de lasilla, según instrucciones del fabricante.
- Colocar los botones y pivotes magnéticos de fijación.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Utilizar la talla adecuada.
- Cambios posturales cada 2 horas para evitar úlceras por presión.
- Aplicar protección en zonas de apoyo.
- Prevenir rigideces y atrofas musculares.
- El paciente, una vez contenido, queda en situación de indefensión, por lo que hay que explicarle, que todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

- Comprobar que:
 - Las fijaciones están bien aseguradas.
 - Revisar cada uno de los puntos de sujeción para evitar daños en la piel o problemas por compresión excesiva.
 - Los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas, los objetos punzantes, cortantes, incendiarios y cualquier otro potencialmente peligroso se han retirado.
- Si es necesario, se sitúa al paciente en una habitación solo. Si el enfermo permanece en una habitación compartida se debe sugerir a sus acompañantes que la abandonen temporalmente, hasta nuevo aviso y advertirles que no deben proporcionarle al paciente contenido objetos potencialmente peligrosos, ni cederle alimentos, etc, debiendo avisar al personal sanitario si el paciente les hace alguna demanda.
- Supresión progresiva antes de las 12h (Máximo 72h).
- Medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales.
- Indicación sólo justificada si fracasan o no son aplicables las medidas alternativas (contención verbal, medidas ambientales y/o conductuales, farmacológicas, etc).
- Seguir las instrucciones del fabricante.

Valoración del paciente:

- El facultativo valorará a primera hora y reevaluará en un plazo no superior a 48h.
- La enfermera valorará c/2h:
 - Estado general del paciente
 - Nivel de conciencia, agitación, ansiedad
 - Constantes vitales
 - Necesidades básicas
 - Riesgos de la contención
 - Existencia de posturas perjudiciales
- Cuidados de enfermería c/2h:
 - Realizar cambios posturales cada 2 horas.
 - Aplicar protección en las zonas de apoyo.
- Supervisar de forma más estrecha el estado físico y psíquico de la persona, con el objeto de detectar, de forma precoz, cualquier alteración en su estado.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Mantener el material ordenado e identificado (reflejar el servicio de pertenencia).
- Tener dos equipos de sujeción completa con los pivotes ordenados y montados.
- Limpieza del material reutilizable según normativa del centro.

REGISTRO

- Cada indicación de CM y/o aislamiento deberá estar reflejada en la historia clínica del enfermo, donde quede reflejado:
 - Indicación de la CM
 - Identificación del paciente / usuario
 - Información al paciente/usuario/familia
 - Motivo y medida adecuada
 - Horario de la CM
 - Identificación del profesional que indica la medida
 - Identificación del personal que coloca la medida y realiza el seguimiento.
 - Fecha de la retirada de la CM
 - Registro de consentimiento informado/autorización.
 - Identificación firmada del informante (médico/enfermera)
 - Identificación de la persona a quien se informa y relación con el usuario, en el caso de que no sea el mismo y firma
 - Identificación de los riesgos de la CM
 - Texto de autorización expresa
- El facultativo hará constar que se ha proporcionado, cuando esto haya sido posible, información a familiares sobre la situación clínica del enfermo y la necesidad de controlar la misma, mediante CM.

Documento de comunicación al juzgado en los casos de contención involuntaria

- Identificación del usuario objeto de la CM
- Identificación de la persona informante
- Medida de contención impuesta

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de contención de movimientos en pacientes. [Internet] Madrid: Hospital Clínico San Carlos y Hospital de La Fuenfría; 2010. [Citado enero 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos.Madrid.pdf>
- Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Proyecto de Guías de buenas prácticas en Enfermería. [Internet] [Acceso junio 2012]. Disponible en:
http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/PrevencionCaidas_02_2014.pdf
- Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. [Internet] Granada: Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio; 2007. [Citado enero 2016]. Disponible en:
https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi8wcXYwqrLAhXDnBoKHWJ4C3UQFggI MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.alansaludmental.com%2Fapp%2Fdownload%2F3697978552%2FHospital%2BSan%2BCecilio%2BGranada%2B2007%2B-Protocolo%2Bde%2BContenci%25C3%25B3n-.pdf%3Ft%3D1325777154&usq=AFOjCNG5n8BbB3_Lomi77Ikuj7D4dKg7_w&sig2=L4yIR7BQ-Lnv8TR05XFJfQ
- Protocolos: protocolo de contención. [Internet] Álava Hospital Psiquiátrico: Servicio Vasco de Salud. [Citado enero 2016]. Disponible en:
http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/salud_mental/protocolo_contencion_mecanica.pdf
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

PREVENCIÓN DE CAIDAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I PREVENCION DE CAIDAS	Z1-NSG-PO-0910 Revisión: A Página 538 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

WC	VÁTER
----	-------

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas que adopta el personal sanitario para evitar que el paciente pueda sufrir lesiones por caídas.

Caída: consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad.

OBJETIVOS

- Identificar factores de riesgo y pacientes con riesgo de sufrir caídas durante su estancia hospitalaria.
- Recomendar intervenciones para la prevención de caídas dirigidas tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, cuidadores y pacientes.
- Unificar el plan de actuación ante caídas.
- Proporcionar seguridad física al paciente durante su estancia.
- Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
- Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del hospital.

ALCANCE

Dirigida a toda la población ingresada susceptible de sufrir una caída.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

El material que a continuación se relaciona deberá encontrarse disponible en todas las unidades hospitalarias.

- Cama con barandillas y freno
- Andadores
- Grúa
- Barras y pasamanos
- Timbre
- Luz de cabecera
- Material de contención
- Suelos antideslizantes
- Otros de uso personal (zapatillas cerradas, etc.)

EJECUCIÓN

Medidas preventivas generales.

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Valorar al paciente mediante la escala Downton. [PO-1712](#)
- Valoración y modificación del entorno.
- Realización y comprobación de las medidas preventivas generales.
- Implementar medidas de seguridad específicas en el plan de cuidados del paciente de acuerdo a los factores de riesgo detectados en la valoración.
- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto por turno.
- Verificar que tenga el freno puesto durante las transferencias, si el paciente utiliza silla de ruedas.
- Mantener buena iluminación tanto diurna como nocturna.
- Asegurar que los dispositivos de ayuda (si precisa) estén al alcance del paciente (bastones, andador, gafas, audífonos, etc).
- Mantener ordenada la habitación y el aseo, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables, etc).
- Evitar deambular cuando el suelo esté mojado (respetar señalización).
- Facilitar que el aseo esté accesible y con asideros.
- El paciente debe tener accesible en todo momento el timbre de llamada.
- Solicitar a los familiares que nos informen del momento en que el paciente se va a quedar sin acompañante.
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
- En pacientes con dificultades de comprensión del idioma, contactar con servicios de traducción disponibles.
- Orientar sobre el espacio y ambiente físico de la Unidad en la que se encuentra.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normativas y recomendaciones del hospital. Al ingreso, la enfermera informará al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas; les recordará dichas recomendaciones.
- Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas. Por turno, se implicará al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.

Medidas generales en área quirúrgica y de urgencias

- Valoración del riesgo: Poner en marcha las medidas preventivas generales.
- Valorar la necesidad del uso de barandillas. No se deben utilizar de forma sistemática las barandillas laterales para la prevención de caídas. Otros factores particulares del paciente podrían influir en la decisión de utilizarlas. Cuando no sea posible el uso de barandillas, el paciente permanecerá vigilado por personal del Área y/o deberá estar acompañado.

- Asegurar convenientemente al paciente antes de realizar transferencias de cama a camilla o mesa quirúrgica y viceversa, o cambios de posición.

Medidas específicas en pacientes de riesgo

Alteraciones de la movilidad / estabilidad.

- Proporcionar material de apoyo si lo precisa (o recordarle que los traigan de casa) y mantenerlos accesibles al paciente (andador, silla de ruedas, bastones, adaptador váter (WC), etc).
- Ayudar en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados.
- Ayudar en el aseo diario.
- Animar a la movilización dentro de sus posibilidades. [PO-0403](#)
- Extremar estos cuidados si son portadores de sueros, sondas, drenajes, etc.

Alteraciones sensoriales

- Poner los objetos que precise al alcance de la mano.
- Vigilar alteraciones táctiles.
- Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible (gafas, audífonos, etc.) o asegurar que las tenga siempre a mano.
- Hablar claro y comprobar que lo entiende.

Alteración del nivel de conciencia

- Entrenar las transferencias de forma activo-asistida o pasiva según sus posibilidades.
- Reorientar témporo-espacialmente en el entorno hospitalario por turno.
- Valorar riesgos derivados de la medicación cada 24h.
- Evitar tener objetos cerca de paciente que puedan producir algún tipo de lesión.

Caídas anteriores

- Conocer las circunstancias de las caídas previas al ingreso.
- Reforzar la confianza y disminuir el miedo y la ansiedad ante nuevas caídas.
- Educar sobre la modificación de factores que pudieran estar relacionados.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Los factores de riesgo:

- Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad
- Edad superior a 75 años
- Estado de confusión, desorientación y/o alucinación
- Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, artrosis, etc.) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada
- Alteraciones oculares o sensitivas
- Postoperatorio inmediato
- Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos
- Alcoholismo y/o drogadicción
- Actitud resistente, agresiva o temerosa
- Hipotensión
- Hipoglucemia

- Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones, etc.)
- Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos, etc.)
- Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia, etc.)
- Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores, etc)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Limpieza del material reutilizable según normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Cumplimentar la ficha de recogida de datos sobre caída de pacientes hospitalizados.
[ANEXO 0910-I.](#)

BIBLIOGRAFÍA

- Silv-Gama da ZA, Gómez-Conesa A, Sobral-Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 43-56. [Internet] [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/vol82/vol82_1/RS821C_43.pdf
- Sebastián-Viana T, García-Martín MR, Núñez-Crespo F, Velayos-Rodríguez EM, Martín-Merino G, González-Ruiz JM. et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital? Enfermería Clínica. 2011; 21 (5): 271, 274. [Internet] [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086211100091X>
- Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. Revista de Calidad Asistencial. 2010; 25(2): 106, 111. [Internet] [Acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13148454&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=256&ty=93&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v25n02a13148454pdf001.pdf
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Álvarez-Redondo E, Argudo-Argudo MP, Arquellada-Ruiz T, Beltrán-Carretero T, Bueno-Fajardo C, Bueno-Rodríguez MT, et al. Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias. [Internet]. Granada Hospital Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud; 2014. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.joomag.com/magazine/manual-de-protocolos-y-procedimientos-de-actuaci%C3%B3n-de-enfermer%C3%ADa-en-urgencias/0670902001398183301?page=335>

ANEXO 0910-I



HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

ESPACIO PARA LA ETIQUETA
IDENTIFICATIVA

1. FECHA HORA

2. CAÍDA DESDE: ☐ Cama ☐ Silla ☐ Camilla ☐ Bipedestación ☐ W.C. ☐ Baño ☐ Otros

3. ACTIVIDAD EN EL MOMENTO DE LA CAÍDA: ☐ Deambulando ☐ Ir al servicio
☐ Al levantarse ☐ Al acostarse ☐ Otros

4. EL PACIENTE ESTABA ACOMPAÑADO: ☐ Si ☐ No

Persona que encuentra al paciente:

5. LUGAR DE LA CAÍDA: ☐ Habitación ☐ Sala de estar ☐ Pasillo ☐ Escalera ☐ W.C.

6. CAUSAS POSIBLES DE LA CAÍDA: (Señale una o varias causas)

- Ambientales: ☐ Fallo freno de cama ☐ Suelo mojado ☐ Tropezar con muebles
- Del paciente: ☐ Disminución agudeza visual ☐ Movimientos mal controlados ☐ Mareo/Lipotimia
☐ Desorientación ☐ Voluntariamente ☐ Convulsiones
☐ Al ir a coger la botella o la cuña ☐ Deslizamiento ☐ Desconocidas
☐ Debilidad o deterioro físico

7. POSICIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA TRAS LA CAÍDA

8. ZONA AFECTADA. ☐ Cabeza ☐ Cara ☐ Hombro ☐ Brazo ☐ Tórax
☐ Abdomen ☐ Cadera ☐ Piernas ☐ Zona lumbosacra ☐ Otras
Consecuencias: ☐ No lesión ☐ Lesión ☐ Contusión ☐ Herida ☐ Fractura

9. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA:

Antes de la caída	☐ 1	Orientado	☐ 1	Después de la caída
	☐ 2	Confuso	☐ 2	
	☐ 3	Inconsciente	☐ 3	
	☐ 4	Agitado	☐ 4	

10. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN MOVILIZACIÓN: ☐ Si ☐ No

11. MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD ANTES DE LA CAÍDA:

☐ Barandillas ☐ Sujeciones ☐ Ambas ☐ Ninguna

12. FÁRMACOS PAUTADOS:

☐ Hipnóticos ☐ Sedantes ☐ Analgésicos ☐ Laxantes ☐ Diuréticos
Otros.....

13. MÉDICO AVISADO: ☐ Si

- Cambios de tratamiento ☐ Si

Hora de llamada Dr/a

Especifique

14. REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS TRAS LA CAÍDA

- ¿El paciente es trasladado? ☐ SI ☐ NO Lugar.....

Ficha realizada por:

VALORACIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON DOLOR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON DOLOR	Z1-NSG-PO-0911 Revisión: A Página 546 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

HNSG	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
EVA	ESCALA VISUAL ANALÓGICA

DEFINICIÓN

Dolor: Es una experiencia sensorial, emocional y subjetiva desagradable, asociada con una lesión presente o potencial descrita con las manifestaciones propias de tal lesión.

Tipos de dolor:

- Dolor agudo: Inicio brusco y corta duración. Se asocia a una causa, si ésta desaparece, desaparece el dolor.
- Dolor crónico: Larga duración. Desaparecida la causa que lo origina no desaparece el dolor.
- Dolor irruptivo: De intensidad moderada o severa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible.

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para evaluar, eliminar o paliar el dolor del paciente.
- Determinar el grado de disminución del dolor tras la administración de la terapia farmacológica y no farmacológica.
- Enseñar al paciente y a la familia a controlar el dolor.

ALCANCE

Población que potencialmente puede sufrir dolor, molestias o malestar.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Procedimientos de enfermería del HNSG
- Escalas de valoración del dolor

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- No emitir juicios de valor respecto a las manifestaciones del paciente.
- Manifestar al paciente que se le ayudará a disminuir el dolor.

- Valorar con el paciente, si su estado lo permite, el dolor a través de la entrevista y/o la escala EVA. [PO-1704](#)
- Valorar los indicadores fisiológicos y no verbales del dolor, sobre todo en pacientes no conscientes o que no puedan responder a la entrevista.
- En dolores intensos, de causa desconocida o aparición brusca, avisar al médico.

Valoración del dolor:

- *Valoración cualitativa.*
 - Datos recogidos de la entrevista
 - Localización-Irradiación
 - Causa posible
 - Tipo: punzante, quemante, retorcijón, cólico, opresión, pulsátil, ardor, vacío, pesadez
 - Inicio del dolor
 - Continuidad o intermitencia del mismo
 - Factores que influyen en el alivio o agudización del dolor
 - Influencia del dolor sobre las actividades de la vida diaria
 - Indicadores no verbales de dolor
 - Expresión Facial
 - Conductas de defensa o protección
 - Inquietud
 - Tensión muscular
 - Intervalo corto de atención
 - Irritabilidad y/o ansiedad
 - Trastornos del sueño
 - Indicadores fisiológicos del malestar
 - Diaforesis
 - Vasoconstricción
 - Aumento de la tensión arterial
 - Aumento de la frecuencia cardiaca y/o respiratoria
 - Dilatación pupilar
 - Tensión muscular
 - Alteración del tránsito intestinal
- *Valoración cuantitativa.*
 - Medir la intensidad del dolor aplicando la escala EVA [PO-1704](#)
 - En aquellos pacientes en los que no sea posible la aplicación de la escala, utilizaremos la observación directa de signos y síntomas de dolor, como pueden ser: sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, llanto, inquietud, cambios de la expresión facial, posturas antiálgicas, etc.

Medidas analgésicas:

- Métodos no farmacológicos
 - Eliminar o disminuir los factores que aumenten el dolor: prendas y vendajes que opriman, férulas, posiciones inadecuadas o prolongadas, decúbitos, dispositivos o drenajes mal colocados.
 - Medidas de confort: Favorecer el descanso reagrupando las actividades de enfermería, mantener un ambiente tranquilo, colocar al paciente en posturas cómodas.

- Técnicas físicas: Aplicación de frío y/o calor, movilizaciones activas o pasivas de forma suave y progresiva, cambios posturales empleando los medios que favorezcan su comodidad (almohadas cojines, etc), masajes suaves.
 - Técnicas cognitivo-conductuales: Relajación, distracción (lectura, humor, etc).
- Métodos farmacológicos
 - La administración de fármacos se realiza por prescripción médica, en el horario establecido.
- Apoyo psico-emocional
 - Disminuir la ansiedad del paciente tomando las medidas necesarias para mitigar el dolor.
 - Facilitar la expresión emocional.
 - Informar al paciente y familia de los cuidados enfermeros orientados al tratamiento del dolor.
- Potenciar una actitud positiva enseñando al paciente y a la familia a utilizar métodos para aliviar el dolor.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Planificar los procedimientos/actividades dolorosas de forma coordinada con la administración de analgésicos.
- Proporcionar apoyo psico-emocional al paciente y familia.
- Facilitar un ambiente confortable y tranquilo, reagrupando las actividades de enfermería para favorecer el descanso.
- Reevaluar el estado del paciente en busca de signos de dolor.
- Enseñar al paciente y a la familia las medidas encaminadas a minimizar y aliviar su dolor.
- Instruir al paciente y familia para que solicite la medicación adicional para el dolor, antes de que sea severo.
- Valorar el grado de estreñimiento para administrar medidas preventivas.
- Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la toma.
- Llevar a cabo acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos como el estreñimiento o la irritación gástrica.
- Fomentar periodos de descanso adecuados que faciliten el alivio del dolor.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON DOLOR	Z1-NSG-PO-0911 Revisión: A Página 550 de 1152
--	--	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar los datos del dolor y sus características: sitio, tipo, frecuencia, duración, analgésico administrado y valoración del dolor posterior.
- Registrar cualquier observación, así como cualquier complicación:
 - Los signos de dolor no cuantificables.
 - Efectividad de las medidas farmacológicas.
 - Aplicación y efectividad de medidas no farmacológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. Valoración y cuidados del paciente con dolor. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Valoraci%C3%B3n+y+cuidados+del+paciente+con+dolor.pdf&blobheadervalue2=language=es&sit e=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310824178052&ssbinary=true>
- Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario [Internet]. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2013. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>
- Cuidados al paciente con dolor. 2010 [Internet] [Acceso septiembre 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/cuidados-al-pte-con-dolor>
- Valoración y cuidados en el dolor. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. [Internet] Córdoba: Hospital universitario Reina Sofía; 2011. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tc/internacional/iproto09.pdf>
- Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor. Manual de procedimientos generales. Guía de Actuación de Enfermería. [Internet]. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

PREVENCIÓN DEL DELIRIUM

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 07/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Martínez Planas, M ^a Isabel Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PREVENCIÓN DEL DELIRIUM	Z1-NSG-PO-0912 Revisión: A Página 552 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

VIH	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ACVA	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO
CAM	CONFUSIÓN ASSESSMENT METHOD

DEFINICIÓN

Conjunto de actuaciones enfermeras, destinadas a disminuir o eliminar los factores de riesgo del "Síndrome confusional Agudo o Delirio" en pacientes hospitalizados y a realizar la detección precoz de su sintomatología, en colaboración con un equipo sanitario multidisciplinario y la familia.

El delirium se caracteriza por un estado de confusión importante. De inicio agudo, prevenible, reversible y de curso fluctuante. Existe alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo.

OBJETIVOS

- Disminuir o eliminar los factores de riesgo en pacientes hospitalizados y susceptibles de padecer un "Síndrome confusional Agudo o Delirio"
- Desarrollar un conjunto de medidas preventivas para el control del delirium.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente hospitalizado susceptible de tener un Síndrome Confusional Agudo o Delirio.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Tríptico del delirium
- Calendarios en la habitación
- Reloj de pared

EJECUCIÓN

Prevención en paciente hospitalizado

- Identificar al paciente de alto riesgo.
- Valoración de pacientes a través de la escala CAM. [PO-1705](#)
- Tratamiento etiológico de la patología que motiva el ingreso y problemas médicos asociados.
- Hablar al paciente en voz baja y tranquila.
- Corregir factores ambientales, déficits sensoriales: gafas, audífonos, etc.
- Favorecer que los cuidadores siempre sean los mismos.
- Realizar actividades de estimulación cognitiva:
 - Por la noche dejaremos una luz suave nocturna.
 - Adecuado mantenimiento del patrón de sueño del paciente.
- Favorecer la movilización precoz

- Controlar la incontinencia y/o retención fecal y vesical.
- Realizar una valoración del dolor Escala EVA, y abordaje del mismo si procede.
[PO-1704](#)
- Cuando ingresa el paciente en la unidad se entrega a la familia el tríptico de Prevención del Delirium. [ANEXO 0912-I](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Factores de riesgo relacionados con la Hospitalización:
 - Dolor
 - Alteraciones sensoriales
 - Deprivación de sueño
 - Entorno no familiar
 - Cambios frecuentes de habitación
 - Incontinencia
 - Retención fecal y/o vesical
 - Inmovilización
 - Ser portador de vías intravenosas y/o catéteres
 - Estrés psicosocial
 - Restricciones físicas
- Factores de riesgo predisponentes:
 - Edad avanzada
 - Deterioro cognitivo preexistente
 - Deprivación sensorial
 - Malnutrición
 - Deshidratación
 - Añadir más de 3 medicamentos al tratamiento habitual
 - Enfermedades crónicas graves (hepáticas o renales: aumento de urea y creatinina)
 - Deterioro funcional previo al ingreso
 - Infecciones
 - Enfermedades del SNC
 - Deterioro de la función renal que favorece la aparición de alteraciones electrolíticas
 - Intervención quirúrgica reciente
 - Trauma (incluyendo quemaduras y fractura de cadera)
 - Uso o dependencia de alcohol, hipnótico-sedantes, opiáceos
- Las sujeciones mecánicas y las barras de protección de las camas no son medidas de primera elección ya que pueden aumentar los episodios de agitación, pero en determinadas ocasiones y si no han sido eficaces otras medidas, hay que utilizarlas, sobre todo si existe riesgo de autolesiones o caídas.
- La característica clínica fundamental de este síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención (facultad del individuo de responder a estímulos externos), acompañada de una disfunción de las funciones cognitivas (memoria, orientación, percepción, razonamiento), pudiendo acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad, hipomanía), cambios autonómicos (sudoración, frialdad, etc) y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día.
- Igualmente, con una rápida identificación y adhesión de las acciones terapéuticas adecuadas (prevención secundaria) se minimizan los efectos del delirium y se evitan mayores complicaciones médicas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Mantener el material en estado óptimo para que cumpla el objetivo esperado.
- Actualizar el material siempre que sea necesario.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Quilez R M, Carnicer M A, Roda S, Castro M E, Bonafonte J L, Arbiol Rosa, Mesa M P. Grupo de prevención del Delirium. Tríptico de Prevención de Delirio. Elaboración de un plan de actuación interdisciplinar frente al Delirium del paciente con fractura de cadera con terapias no farmacológicas. Proyecto de Mejora. Iniciativas de Mejora de Calidad en SALUD. 2013. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
- Ruíz MI, Mateos V, Suarez H, Villaverde P. Síndrome Confusional Agudo (Delirium) "Guía práctica de diagnóstico y tratamiento". Hospital universitario central de Asturias: Servicio de salud del principado de Asturias. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>
- Carrera Castro. C. Inquietudes, nº 47. Enero-junio 2014, p. 18.
- Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU [Internet]. (Confusion Assessment Method for intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del delirium en pacientes críticos. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1392894396.pdf>
- Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica (Ficha técnica) [Internet]. Madrid Universidad complutense Madrid. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/METODO%20DE%20EVALUACION%20DE%20LA%20CONFUSION/CAM_F.PDF
- Revista electrónica trimestral de Enfermería: Enfermería Global. Julio 2012, nº 27. ISSN 1695-6141.
www.um.es/global/
- Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales.

ANEXO 0912-I



¿QUÉ ES EL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO?

Es un estado de confusión importante.

Las personas con delirio:

- No pueden pensar con claridad.
- Tienen dificultad para prestar atención.
- Tienen dificultades para entender y procesar lo que está sucediendo a su alrededor.
- Pueden ver o escuchar cosas que no existen. (Estas cosas a ellos les parecen muy reales)



¿QUÉ ENFERMOS TIENEN MÁS RIESGO DE SUFRIR DELIRIO?

- Ancianos
- Sometidos a una cirugía, especialmente de cadera o corazón
- Con demencia
- Con déficits visuales o auditivos
- Con enfermedades agudas como infecciones, insuficiencia respiratoria,...



¿EL DELIRIO ES ALGOCOMÚN?

- Se produce hasta en el 56% de los pacientes ancianos que deben ser hospitalizados:
 - En el momento de ser ingresados del 10 al 22%.
 - Entre un 10 y un 30% desarrollan delirio durante el ingreso.
- El delirio después de una cirugía general es del 5-10% y llega a ser del 42% después de una cirugía ortopédica (como la cadera).
- Lo padecen aproximadamente 2 de cada 3 pacientes ingresados en UCI.

SIGNOS DE DELIRIO:

- Parecer agitado o intranquilo.
- Estar más confuso de lo habitual.
- Ser agresivo.
- Usar palabras inapropiadas (insultos, palabrotas, lenguaje incoherente...).
- No saber bien donde se encuentra, en que fecha, a que hora del día.
- Ver u oír cosas que no existen.
- Cambios en los hábitos de sueño (no dormir por la noche y pasar el día dormitando o dormir muy pocas horas,...)
- Cambios bruscos de humor.
- Manipularse la ropa (desnudarse), sus genitales, hacer como si estuviera en su trabajo habitual (labores domésticas, del campo,...)
- Es frecuente que cuando cesa el estado de delirio no recuerden lo que ha ocurrido.



¿PUEDO YO HACER ALGO?

- Hable en voz baja y tranquila.
- Utilice palabras y frases cortas-simples
- Recuerde al paciente el día y la fecha con frecuencia
- Háblele sobre familiares y amigos
- Si lleva previamente gafas o audífonos tráigalos y colóquese los al paciente de forma habitual.
- Decore la mesilla con calendarios, fotos de familiares,... para así proporcionarle elementos conocidos del hogar.
- Tráigale el periódico o léale noticias, póngale sus programas de televisión preferidos, noticias tanto de TV como de radio.
- No ponga TV, radio en la habitación a partir de ciertas horas de la noche.
- Deje que entre la luz del día a la habitación.
- Deje una luz indirecta/suave nocturna en la habitación.
- Mantener la regularidad en sus cuidados (preferiblemente personas conocidas previamente por el paciente)
- Si su ser querido tiene delirio podría pedirle que se siente e intentar que se calme o dar un paseo con él (si esta en condiciones para ello). Siempre con voz tranquila y sin discutir con él.

¡SU FAMILIAR NO SE ESTA VOLVIENDO LOCO!



¿QUÉ DIFERENCIA DELIRIO DE DEMENCIA?

Delirio:

- Se presenta rápidamente, en horas o días.
- Los signos de delirio pueden cambiar de un día para otro.
- Puede hacer que la memoria y los problemas mentales empeoren.
- El delirio suele desaparecer después de unos días o incluso alguna semana.
- Suele fluctuar a lo largo del día

Demencia:

Es un trastorno del pensamiento. Por lo general, es una condición permanente. Avanza durante meses o años, su evolución suele ser progresiva. No hay alteración de la conciencia. Los pacientes con demencia son más propensos a desarrollar delirio. (Un paciente con demencia puede presentar también delirio)

¿POR QUÉ SE PRODUCE EL DELIRIO?

- Los expertos creen que es debido a cambios en el modo de funcionar el cerebro, aunque sus causas no están perfectamente establecidas.

Se piensa que el estrés y la inflamación (respuestas naturales del organismo a la enfermedad/operación), ciertos fármacos,

infecciones, dolor intenso, abstinencia tras dejar algunos fármacos, alcohol, tabaco y algunas enfermedades médicas causan:

- Falta de oxígeno en el cerebro
- Incapacidad del cerebro para usar correctamente el oxígeno
- Cambios químicos en el cerebro.

¿QUÉ PASA SI ESTA SITUACIÓN SE MANTIENE TRAS EL ALTA HOSPITALARIA?

- La investigación demuestra que los pacientes que desarrollan delirio podrían tener problemas del pensamiento como la demencia.
- Los estudios dicen que el delirio puede persistir tras el alta hasta en un 50% de los pacientes al mes, un 25% a los 3 meses y un 5% durante 6 meses sin tener relación con la demencia.
- Durante el ingreso en muchas ocasiones no se puede predecir que pacientes terminaran desarrollando una demencia.
- Los médicos lo reevaluarán cuando lo precise.



CUIDADOS EN EL PACIENTE AGÓNICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a López Rivera, M ^a Elena Sesé Sanz, M ^a Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS EN EL PACIENTE AGÓNICO	Z1-NSG-PO-0913 Revisión: A Página 559 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
-----	--------------------

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan en los últimos días de la vida del paciente, dirigidas a potenciar su confort físico, emocional y espiritual y a disminuir en la medida de lo posible el sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares, e incluso de los profesionales sanitarios que les atienden.

Definición de agonía:

La agonía es el estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente, y en la que hay deterioro importante del estado general, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y un pronóstico de vida de horas o días.

Pueden darse 3 posibilidades:

- La muerte sucede tras un periodo de continuo y progresivo deterioro físico y agotamiento de las propias energías: obnubilación, se adormece de forma continua y profunda.
- De igual modo la muerte sucede como el apartado anterior, pero sin adormecimiento ni obnubilación, consciente hasta el final.
- La muerte llega de manera violenta y repentina secundaria a una complicación aguda de la enfermedad (embolia masiva, hemorragia, etc).

La familia del enfermo, en situación agónica suele presentar:

- Gran impacto emocional por la cercanía de la pérdida.
- Aumenta la demanda de atención y soporte.
- A veces aparecen reivindicaciones terapéuticas poco realistas.
- Gran necesidad de información sobre el proceso final y el paso de la vida a la muerte.

Manifestaciones/Signos clínicos que pueden aparecer:

No hay signos patognomónicos de entrada en el proceso agónico, pero las manifestaciones que suelen producirse son:

- Deterioro evidente del estado físico.
- Disminución del nivel de conciencia, desorientación y/o trastornos en la comunicación.
- Dificultad o incapacidad para la ingesta de alimentos.
- Incontinencia urinaria y/o fecal, anuria.
- Alteraciones respiratorias: disnea, pausas de apnea, estertores (respiración húmeda y ruidosa).
- Espasmos musculares (mioclonías).
- Cambios hemodinámicos: alteración de constantes vitales, livideces en piel, etc.

OBJETIVOS

- Realizar los cuidados necesarios para potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual del paciente.
- Fomentar la consecución de una muerte digna.
- Apoyar a familiares y cuidadores para afrontar la situación.

ALCANCE

Pacientes ingresados en el hospital que se encuentran en la fase terminal de su enfermedad.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- El material se adaptará a las necesidades individuales y tratamiento de cada paciente.

EJECUCIÓN

Inicialmente se realizan unas actividades que son comunes a la mayoría de procedimientos de enfermería:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

A continuación, los cuidados de enfermería al paciente agónico por necesidades son:

I. RESPIRACIÓN:

1- Cuidados ante la disnea:

- Actitud segura y tranquila ante el paciente y familiar. Acompañar siempre que sea posible al enfermo en caso de disnea aguda.
- Colocar en posición de semi-Fowler (30°). [PO-0401](#)
- Administrar el tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos.
- Proporcionar aire fresco en la habitación (ventana, abanico, ventilador).
- Evitar que la familia o el personal forme un círculo cerrado alrededor del enfermo.
- Evitar ropas ajustadas en tórax o abdomen.

2- Cuidados ante la aparición de estertores:

- No aspirar secreciones, salvo que sean muy abundantes y localizadas en orofaringe (la aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta al paciente). [PO-0112](#)
- Colocar al paciente en decúbito lateral con la cabeza ligeramente flexionada si es posible (evitar posición del cuello en extensión).

- Informar al facultativo de la aparición de estos ruidos respiratorios para el reajuste del tratamiento, administrar los fármacos pautados que disminuyan las secreciones y ajustar la fluidoterapia si procede.
- Mantener una higiene bucal adecuada buscando el confort del paciente. [PO-0801](#)

II. ALIMENTACIÓN:

- Administrar dieta en función del nivel de conciencia y, cuando sea necesario, retirarla para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- Identificar la aparición de sed e informar al facultativo para hidratación intravenosa o subcutánea si procede.

III. ELIMINACIÓN:

1- Cuidados ante la incontinencia:

- No está indicado realizar sondaje vesical, salvo si el cambio de pañal es muy frecuente y molesto para el paciente.
- Ante incontinencia fecal, cambio de absorbentes con la frecuencia necesaria y según la situación del paciente.

2- Cuidados ante la retención:

- No está indicado el sondaje vesical en caso de anuria.
- Valorar la presencia de globo vesical si el paciente está agitado, y si procede realizar sondaje vesical evacuatorio o permanente. [PO-0306](#)
- No incomodar al paciente con enemas o tacto rectal porque el estreñimiento en esta fase no suele molestar a la persona.

3- Cuidados ante la aparición de emesis:

- Medidas posturales (decúbito lateral derecho si es posible) para evitar la broncoaspiración de contenido gástrico. [PO-0401](#)
- Administración de antieméticos según pauta médica.
- Evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente, sobre todo en casos de vómito de origen central.
- En caso de vómitos fecaloideos valorar colocación de SNG para vaciado gástrico, y colocar ambientadores para favorecer la eliminación de olores. [PO-0202](#)
- En caso de hemoptisis:
 - Valorar grado de sangrado y comunicarlo al médico.
 - No dejar nunca al enfermo solo.
 - Colocar en decúbito lateral semisentado.
 - Utilizar paños, toallas y palanganas, y retirarlos con frecuencia a una bolsa no transparente.

IV. MOVILIZACIÓN:

- Evitar los cambios posturales frecuentes si el enfermo está cómodo, porque la movilización puede resultar dolorosa.
- Intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados.
- Se adoptará la postura más cómoda, que generalmente suele ser el decúbito lateral con piernas flexionadas. [PO-0401](#)

V. REPOSO-SUEÑO:

- aconsejar medidas que inducen a conciliar el sueño: respetar horarios de sueño y descanso, el vaciamiento vesical, ropa limpia, masajes, reducir estimulación ambiental (luces, ruidos, etc), técnicas de relajación, etc.
- No disminuir el número de visitas (benefician al paciente y tranquilizan a la familia) y aconsejar que el enfermo esté siempre acompañado, respetando siempre las decisiones del paciente y/o familia.
- En casos de agitación, comunicarlo al facultativo para que prescriba tratamiento farmacológico, evitando la utilización de contención.

VI. HIGIENE/ESTADO DE LA PIEL:

1- Cuidados de la boca en pacientes con bajo nivel de conciencia:

- Realizar higiene de dientes, lengua y cavidad oral con ayuda de cepillo de cerdas suaves o torunda de gasa, utilizando manzanilla o clorhexidina diluida al 0'1%. Los colutorios específicos es mejor evitarlos porque su excipiente alcohólico reseca la mucosa.
- Hidratar los labios con vaselina.
- Para disminuir el dolor oral es útil la Lidocaína viscosa al 2% (según prescripción).
- Retirar las prótesis dentales y guardarlas en recipiente adecuado.
- Limpiar las fosas nasales con suero salino.

2- Cuidados de los ojos:

- Realizar higiene de los ojos utilizando suero fisiológico y gasas para eliminar secreciones. [PO-0802](#)
- Retirar lentes de contacto y guardarlas en el contenedor adecuado.

3- Higiene/estado de la piel:

- Realizar higiene de la piel y cambio de sábanas del paciente con el máximo cuidado y prudencia.
- Aplicar protecciones en prominencias óseas si son necesarias, evitar el uso de fibras sintéticas, gomas, etc, y la formación de pliegues y rozamientos con la ropa. Considerar el uso de colchones antiescaras.
- Los cambios posturales se harán teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras, por lo que el ritmo será cada 6 horas o más y, a medida que se acerque la muerte la movilización deberá suspenderse.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS EN EL PACIENTE AGÓNICO	Z1-NSG-PO-0913 Revisión: A Página 564 de 1152
---	---	---

VII. VESTIDO:

- En la medida de lo posible respetar las preferencias del paciente en este aspecto, utilizando siempre ropa cómoda y fácil de poner y quitar.

VIII. TERMORREGULACIÓN:

- En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas por el malestar que provocan en el enfermo.
- Administración de la medicación antitérmica prescrita, y tener en cuenta que la fiebre de origen tumoral es de difícil control.
- En casos de hipotermia mantener temperatura ambiental templada e impedir la pérdida de calor mediante ropa de vestir y cama.

IX. SEGURIDAD:

- El delirium o estado confusional es frecuente en el enfermo agónico. La actuación en estos casos será administrar el tratamiento farmacológico según prescripción médica y evitar la contención.
- Evitar en lo posible colocar barandillas por la sensación de ahogo que producen. Durante el reposo-sueño o si el enfermo no está acompañado se usarán para prevenir caídas accidentales.
- **Intervenciones de enfermería ante el dolor:**
 - Usar escalas validadas para la evaluación integral y continuada del dolor, teniendo en cuenta su repercusión sobre el enfermo y su familia.
 - Administrar el tratamiento analgésico prescrito y comprobar su eficacia.
 - Enseñar y respetar posturas antiálgicas.
 - Asegurar que tiene pautados laxantes si el enfermo toma opiáceos.
 - Aplicar técnicas incruentas de tratamiento del dolor que pueden usarse por sí solas o como adyuvantes: estimulación cutánea (calor, frío, masaje), distracción, relajación, etc.
 - No usar placebos.
 - Escuchar al paciente y hablarle. Entorno relajado y cómodo. Evitar la ansiedad y la fatiga.

X. COMUNICACIÓN:

La información y la comunicación son una herramienta terapéutica esencial y deben basarse en las preferencias expresadas por los pacientes.

Los elementos básicos para una buena comunicación:

- Saber escuchar
- La empatía
- La aceptación.

Las actividades de enfermería en relación a la necesidad de comunicación son:

- Asegurar la intimidad del paciente y su familia.
- Evitar sensación de prisa, reservar tiempo y espacio para estar con el enfermo.
- Escucha activa.

- Mantener la distancia adecuada en la comunicación y utilizar frases cortas y sencillas.
- Hacer preguntas directas y abiertas.
- Enseñar a formular frases cortas, pausas en la conversación, respirar correctamente al hablar o intercalar pausas de descanso en caso de debilidad extrema o falta de aliento.
- Facilitar técnicas de comunicación adecuadas a la limitación y recursos existentes (dibujos, escritura, signos, etc).
- Importancia de la comunicación no verbal.
- Detectar déficits de comunicación entre los profesionales, familiares, favoreciendo su resolución.

XI. CREENCIAS/RELIGIÓN:

- Facilitar el acceso al apoyo espiritual según las creencias religiosas del enfermo.
- Facilitar la asistencia psicológica que demande el enfermo y/o la familia.

XII. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS A LA FAMILIA:

La familia y el paciente deben ser una unidad a tratar en estas situaciones.

La información de todas las acciones que se realizan con el paciente fomenta la colaboración de la familia en los cuidados, la cual a su vez ayuda en el proceso de duelo posterior.

- Explicar a la familia la nueva situación de forma que puedan planificar la despedida.
- Identificar grado y necesidades de información.
- Fomentar la expresión de sus sentimientos (teniendo en cuenta diferencias culturales).
- Prestar especial atención al cuidador principal.
- No juzgar posturas de alejamiento al desconocer vivencias previas.
- Respetar los mecanismos de negación. Actitud de escucha activa y empatía.
- Adaptar en lo posible las normas de régimen interno a la situación.
- Implicar a la familia en los cuidados de confort, restando importancia a aspectos tales como la alimentación e hidratación.
- Recordar a la familia la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal, aún estando con muy bajo nivel de conciencia (ser prudentes en sus comentarios en presencia del enfermo).
- Incrementar el número de visitas del personal sanitario.
- Informar de los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o más emocionalmente afectado.

Finalmente, después de la mayoría de cuidados de enfermería según las necesidades en el paciente agónico, se seguirán estos pasos:

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La vía de elección para la administración de fármacos será la subcutánea.
- Es prioritario abordar el dolor de una forma eficaz y precoz, ya que suele ser el síntoma que más angustia genera al paciente y a su familia.
- Un elemento clave en la agonía es el gran impacto emocional que provoca sobre la familia, que en algunos casos da origen a una crisis de claudicación familiar dejándolo todo en manos del personal sanitario.
- El objetivo básico en los cambios posturales y la higiene de la piel y la boca será el confort.
- Se deben prestar cuidados de confort necesarios para que la transición entre la vida y la muerte se realice de acuerdo con las expectativas y deseos del paciente.
- Respetar siempre la intimidad del enfermo y familia y proporcionar habitación individual siempre que sea posible.
- La importancia de individualizar cada situación porque para los profesionales puede ser "otra muerte más", pero para la familia es "su fallecido".

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en las técnicas.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. Procedimiento Cuidados en el proceso agónico [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014. [Acceso junio 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados+en+el+proceso+ag%C3%B3nico.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881111&ssbinary=true>
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso junio 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Tizón-Bouza E. y Vázquez-Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida [Internet]. Enfermería Global. Noviembre 2004. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
www.um.es/eglobal/
- López-Imedio E., Núñez-Olarte JM. Manejo de la agonía. Cuidados de enfermería. Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Madrid: Ed. Panamericana, 2007.
- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [Internet] Madrid. [Acceso julio 2016]. Disponible en:
<http://www.secpal.com/14-los-ultimos-dias-atencion-a-la-agonia>

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2017	Fecha: 05/2017	Fecha: 05/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX	Z1-NSG-PO-0914 Revisión: A Página 569 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cp	CÁPSULA
mg	MILIGRAMOS
Kg	KILOGRAMOS
IV	INTRAVENOSA
H ₁ H ₂	ANTAGONISTAS ANTIHISTAMÍNICOS
GPT	TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA
TP	TIEMPO DE PROTOMBINA
TTPA	TIEMPO DE PROTOMBINA PARCIAL CON ACTIVADOR
PDF	PRODUCTO DEGRADACIÓN DEL FIBRINÓGENO
C ₁ , C ₂ , C ₃ , C ₄	COMPLEMENTO 1,2,3,4,
°C	GRADOS CENTÍGRADOS
HNSG	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
URPA	UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA
CMA	CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

	SECTOR ZARAGOZA I MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX	Z1-NSG-PO-0914 Revisión: A Página 570 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan para proporcionar a los pacientes con alergia al látex un entorno seguro y efectivo, evitando su exposición al mismo, dentro del hospital.

OBJETIVOS

- Identificar al paciente alérgico o con factores de riesgo asociados.
- Ofrecer al paciente un ambiente libre de látex, identificando y eliminando los objetos de látex de su entorno inmediato.
- Evitar la aparición de una reacción alérgica y/o anafiláctica.
- Proporcionar al paciente y familiares la información adecuada sobre todo aquello que puedan utilizar con seguridad (material, dieta, fármacos, etc).

ALCANCE

Dirigido a todo paciente susceptible de padecer alergia al látex.

PERSONAL

- Todo personal sanitario y no sanitario que esté en contacto con el paciente.

MATERIAL

- Material libre de látex

EJECUCIÓN

Unidades de Hospitalización:

- Identificar al paciente
- Colocar al paciente en una habitación individual.
- Colocar un cartel identificativo como alérgico al látex en un lugar visible en el cabecero de la cama.
- Sustituir los objetos que puedan contener látex (colchón, almohadas y mobiliario en general) por otros alternativos y si esto no fuera posible, evitar el contacto directo cubriéndolo con esparadrapo de papel, vendas de algodón o con una sábana.
- El personal que participe en el cuidado del paciente (sanitarios, acompañantes, etc), deberá retirarse los objetos de uso personal que contengan látex (reloj, gafas, algunos bolígrafos, etc).
- Para el cuidado directo del paciente utilizar:
 - Guantes de vinilo para las actividades sin riesgo de contagio.
 - Guantes de nitrilo, estériles o no estériles, para actividades en que haya riesgo de contaminación por líquidos biológicos o que precisen asepsia.
- Siempre que se vaya a realizar una intervención sobre el paciente, comprobar que el material y la medicación que se va a utilizar está libre de látex e identificado con el símbolo correspondiente.
- Recomendaciones sobre la utilización de medicamentos:

	SECTOR ZARAGOZA I MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX	Z1-NSG-PO-0914 Revisión: A Página 571 de 1152
---	---	---

- No manipular los medicamentos con guantes de látex.
- En el HNSG los únicos viales con tapon de goma que contienen látex son la heparina y la insulina rápida (Actrapid®).
- Utilizar fármacos "NO" látex (la composición más frecuente es la goma totalmente sintética de halobutilo).
- No utilizar si la medicación precargada contiene látex en el émbolo de la jeringa.
- En caso de jeringas precargadas que contengan látex en el capuchón protector de la aguja quitarlo con cuidado.

Bloque Quirúrgico

- Informar a todo el personal de quirófano.
- Sacar del quirófano todos los elementos y material fungible que contenga látex, según etiquetado.
- Cubrir la superficie de contacto de la mesa quirúrgica con sábanas.
- Forrar los cables y gomas que puedan llevar látex con vendas, sabanas o paños absorbentes.
- Realizar la limpieza del quirófano 12 horas antes de la cirugía, utilizando guantes libres de látex y manteniendo posteriormente las puertas cerradas, para evitar la entrada de partículas de látex. Tras la limpieza el quirófano debe permanecer cerrado.
- Etiquetar de forma visible la cama e Historia Clínica del paciente, así como identificar el quirófano libre de látex, con un cartel en las puertas de acceso.
- Minimizar el flujo de personal en el quirófano durante la intervención, evitar abrir innecesariamente las puertas. Se deben prever las necesidades añadidas (motores, escopia, etc).
- No introducir látex de otro quirófano.
- Retirar los objetos personales del personal sanitario, que contengan látex: bolígrafos, gomas, correas de reloj, etc.
- Tener siempre a mano la medicación necesaria por si se produce una reacción anafiláctica.
- Vigilar la aparición de síntomas como: hipotensión, vasodilatación, arritmias cardiacas, taquipnea, edema de glotis, urticaria, prurito, etc.
- Las medidas de evitación de latex continuaran durante el periodo postoperatorio en URPA y CMA.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Debemos recordar que el látex es un producto muy ubicuo, y que precisamente por ello es muy difícil garantizar una total ausencia de látex en el ambiente próximo.

- Notificar al servicio de dietética la existencia de alergia al látex del paciente.
- Antes de pedir la dieta, consultar con el paciente sus antecedentes de reacciones cruzadas a frutas y verduras.
- Si el paciente precisa que se le realice alguna prueba diagnóstica fuera de la unidad, avisar previamente a la unidad correspondiente.

	SECTOR ZARAGOZA I MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX	Z1-NSG-PO-0914 Revisión: A Página 572 de 1152
---	---	---

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica y la veracidad de que ningún material lleve látex.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería la existencia de alergia al látex y los medicamentos administrados especificando sus características. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado.
- Enfermería médico-quirúrgica de Brunner y Suddarth, SC. Smeltzer, BG. Bare. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1998.



MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Elaborado	Revisado	Aprobado
10/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a López Rivera, M ^a Elena Sesé Sanz, M ^a Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Z1-NSG-PO-1001 Revisión: A Página 575 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

	SECTOR ZARAGOZA I MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Z1-NSG-PO-1001 Revisión: A Página 576 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

La comunicación es el acto de descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo. En el ámbito hospitalario dicha comunicación debe dar a conocer aquello que pueda ayudar a la mejora de la salud del paciente en todas sus facetas y que involucre a su entorno.

Comunicación interna es la comunicación que se genera y se consume dentro del propio hospital. El esquema básico de la comunicación requiere de un emisor, canal de emisión de la información y un receptor, pero el hospital presenta peculiaridades como que no hay un único emisor ni un solo receptor y los canales son a veces formales y otras informales y esto dificulta el propio proceso de comunicación.

OBJETIVOS

El objetivo principal de la comunicación hospitalaria es que el mensaje sea captado fácilmente por los destinatarios de los mismos. Este debe ser claro, preciso y comprensible. Esto va a derivar en la consecución de otros objetivos específicos tales como:

- Que la información entre el personal y los pacientes fluya de forma que nos permita desarrollar nuestra función de manera más eficiente.
- Comunicar indicaciones, normas e instrucciones con un lenguaje conciso y breve.

ALCANCE

Población que vaya a recibir atención en el hospital, así como familiares y/o cuidadores; personal del centro de todas las escalas; miembros de asociaciones involucradas en la comunicación en el entorno del hospital.

PERSONAL

- Personal sanitario
- Personal no sanitario
- Personal perteneciente a asociaciones de ayuda

MATERIAL

- Folletos o trípticos informativos generales del hospital y propios de cada unidad.
- El Gobierno de Aragón dispone de acceso al servicio SALUD INFORMA con un sistema de traducción simultánea a través de un número de teléfono para pacientes no hispanohablantes 902 555 321.
 - Extensión interna: 517050
 - Código usuario: 633519
- Medios informáticos: Intranet (SALUD-sector Zaragoza I) / correo electrónico del Gobierno de Aragón.
- Hojas de reclamación de atención al paciente.
- Tablón de anuncios del departamento de personal.
- Tablón de anuncios de cada unidad.
- Consentimientos informados de intervenciones quirúrgicas, tratamientos o pruebas diagnósticas.
- Documento de voluntades anticipadas.
- Encuestas al realizar un trabajo de mejora para valorar resultados.
- Notificación de incidentes en forma de informes y alertas de seguridad.

	SECTOR ZARAGOZA I MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Z1-NSG-PO-1001 Revisión: A Página 577 de 1152
---	---	---

EJECUCIÓN

- Emplear un lenguaje conciso y breve, sin grandes declaraciones o generalidades innecesarias para respetar el tiempo de los demás.
- Ser eficaz, transmitiendo concretamente lo que se desea expresar o informar.
- Dadas las características propias del entorno hospitalario el proceso comunicativo debe ser oportuno, tanto desde el punto de vista del momento en que se emite el mensaje como en el adecuado enfoque de su contenido, y debe comportar una retroalimentación que asegure el éxito de dicho proceso comunicativo.
- Planificar en modo y forma lo que se quiere comunicar para poder orientar su sentido.
- Comunicar normas, instrucciones, conocimiento científico y profesional, alertas de seguridad, lo que pretendemos lograr y los resultados alcanzados.
- Usar el Sistema de traducción simultánea SALUD INFORMA para pacientes no hispanohablantes.
- Utilizar los distintos canales de comunicación interna:
 - Puntos de información: localizados en un lugar determinado y fechas determinadas, usados por asociaciones y sindicatos.
 - Tablones de anuncios: en el departamento de personal, donde suelen informar de asuntos oficiales de índole laboral, o los de las diferentes unidades en los que se cuelgan circulares y normas e indicaciones importantes para el buen funcionamiento de la planta. También los hay en los pasillos de los vestuarios y en las zonas de estar del personal laboral donde se comunican cuestiones de carácter particular entre los trabajadores.
 - Reuniones con distintos propósitos: sesiones clínicas, cambios de turno, comisiones, etc. Estableciendo unas reglas referentes a: quiénes participan, cuándo, dónde, qué se espera que hagan, durante cuánto tiempo, qué preparación se requiere y cómo se valorará su efectividad.
 - Asambleas informativas para temas de importancia en un momento concreto.
 - Circulares: la forma más habitual de comunicar instrucciones al personal colgándola en los tablones de anuncios situados en las diferentes unidades.
 - Carteles: posters o pegatinas indicando acciones relevantes de forma gráfica.
 - Folletos o trípticos informativos: de acogida a los pacientes en las diferentes unidades.
 - Encuestas realizadas en el hospital cuando se llevan a cabo estudios.
 - Hojas de reclamación: disponibles en el servicio de Atención al Paciente que sirven para comunicar quejas.
 - Documentos que requieran autorización por parte del paciente y/o por los profesionales (consentimientos, altas, etc.).
 - Sistemas de notificación de incidentes en forma de informes y alertas de seguridad: se cuelgan en tablones de anuncios, vía intranet o correo electrónico e incluso a través de correo tradicional.
 - Sitio web institucional, intranet (SALUD. Sector Zaragoza I): da información con acceso general a todos los trabajadores sobre asuntos relacionados con nuestro entorno laboral y con acceso restringido de información sobre pruebas y resultados de pacientes.
 - Correo electrónico: se da una cuenta de correo a todo el personal trabajador del hospital donde el Gobierno de Aragón informa de temas relevantes.

	SECTOR ZARAGOZA I MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Z1-NSG-PO-1001 Revisión: A Página 578 de 1152
---	---	---

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Debemos evitar ciertas barreras para que nuestra comunicación sea efectiva, tales como:

- Confundir la cantidad con la calidad de la información. Debemos dosificar la información y el momento en el que la damos.
- En los hospitales es muy frecuente que los profesionales sanitarios se identifiquen más con su unidad que con el hospital. Esto hace que la comunicación interna sea distinta cuando hablamos dentro de un servicio o cuando hablamos del hospital en su conjunto y esto genera desconfianza hacia el exterior.
- La comunicación interna entre los profesionales debe fluir adecuadamente, contribuyendo a que podamos realizar nuestra labor de una forma más segura y eficiente.
- El exceso de confianza de que la información siempre llega a los usuarios y profesionales.
- Las propias habilidades de quien comunica. No es fácil comunicar y menos hacerlo de forma efectiva.
- Generar canales de comunicación sin un plan concreto, pensando que de esta forma se mejora la comunicación en el hospital. Al final se genera más confusión.
- Olvidarse de informar de los logros y resultados que entre todos se han ido alcanzando, haciendo partícipe al grupo para cohesionarlo.
- Comunicar sin pensar en qué condiciones, en qué momento, desde qué perspectiva el receptor/es recibirá esta comunicación. Podemos actuar segmentando los mensajes según los perfiles de sus receptores.
- Comunicar tarde y mal. Contar lo que todos ya saben no crea conciencia de grupo. El canal y el informador pierden relevancia.
- Perder información al dejar que fluya por el canal elegido y pase tiempo. Si la información es directa, llega al receptor con el mismo contenido y por canales distintos, nos aseguramos que funciona. Es importante medir la efectividad de los canales de comunicación puestos en marcha para valorar posibles cambios.

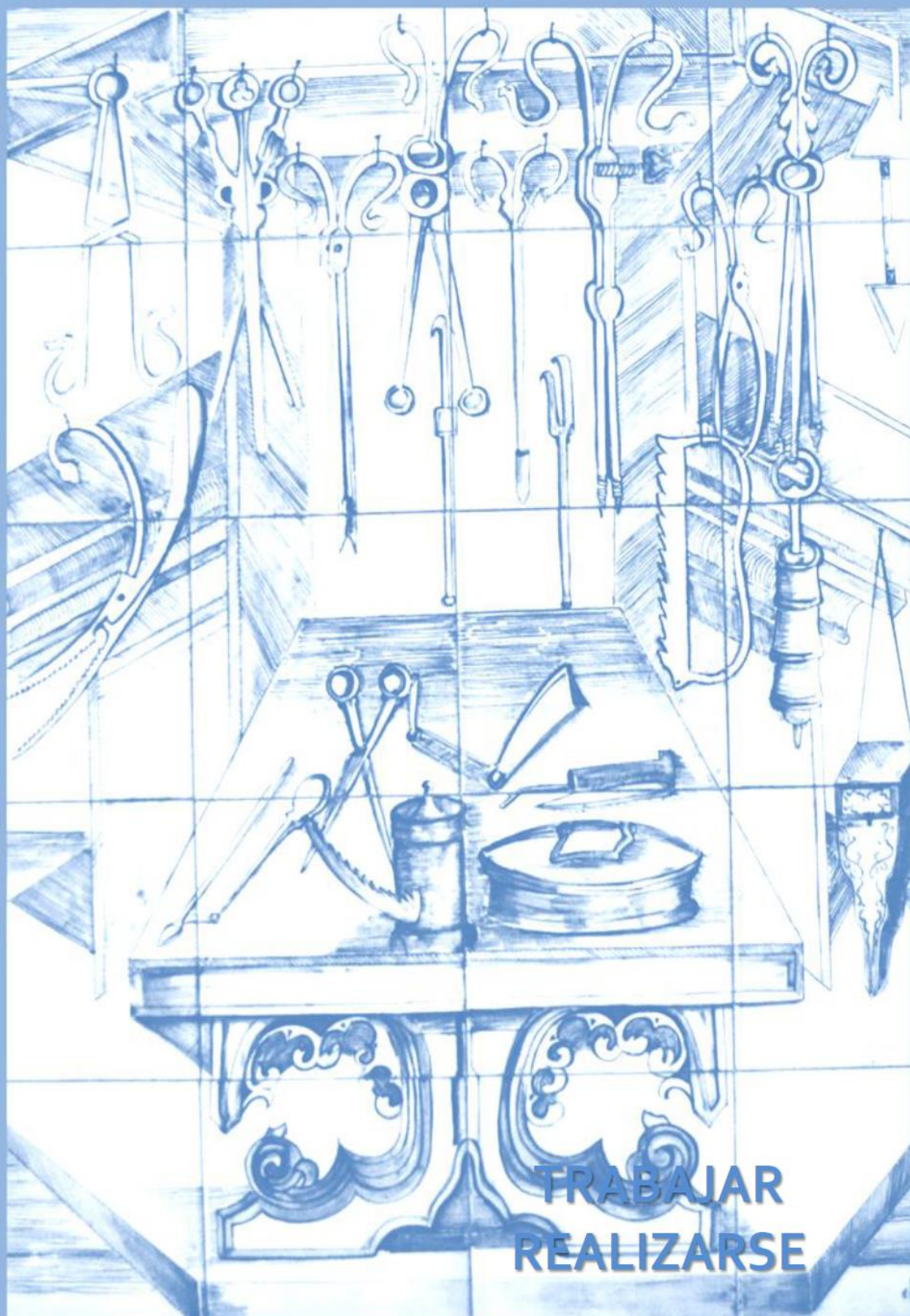
REGISTRO

Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado, si procede. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal responsable.

	SECTOR ZARAGOZA I MANEJO DE RECURSOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Z1-NSG-PO-1001 Revisión: A Página 579 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. Procedimiento ENSEÑANZA AL PACIENTE Y/O CUIDADOR [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2010. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FPage%2FHGMA_listado
- González-Mesa FJ, Sánchez-Acha Y, Zamora-García R, Alcántara-Campos P, Río-Reyes S, Molina-Mérida O. [Internet]. Atención de Enfermería en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Biblioteca Lascasas; 2011; 7 (1). [Acceso octubre 2016]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0568.php>
- Mira J.J. La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. [Acceso octubre de 2016]. Tema 10.8. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicación_Interna_Hospital.pdf
- Medina-Aguerreberre P. La comunicación hospitalaria 2.0 un nuevo desafío para la comunicación institucional [Internet]. Barcelona: Facultat de Ciències de la Comunicació de la Universitat Internacional de Catalunya; 2012. [Acceso octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.Dialnet-AComunicacaoDaAdministracaoHospitalar20-5652770.pdf>
- Vargas M., Recio M. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Traducción de la documentación del Sistema Sanitario de Universidad de Michigan: "Patient Safety Toolkit" <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit> [Internet]. España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; 2008. [Acceso octubre de 2016]. Disponible en: http://www.Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf



**TRABAJAR
REALIZARSE**

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 03/2017	Fecha: 03/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACION DE LAS NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE	Z1-NSG-PO-1201 Revisión: A Página 582 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

HNSG	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
------	-----------------------------------

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACION DE LAS NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE	Z1-NSG-PO-1201 Revisión: A Página 583 de 1152
---	--	--

DEFINICIÓN

La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, algunos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en su interior una gratificación.

El individuo realizará actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.

La realización de acciones le permite desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo proporcionándole un sentimiento de gratificación.

OBJETIVOS

- Facilitar actividades para que el paciente pueda satisfacer sus necesidades de la actividad de la vida diaria.

ALCANCE

Población que vaya a recibir atención en el hospital, así como familiares y/o cuidadores.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Documentación de enfermería. Procesos de enfermería HNSG

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- **Valoración de la necesidad:**
 - Recogida de datos, entrevista de enfermería, examen físico comportamental, de su salud mental así como observación de su entorno. (Recogeremos información como actividades habituales, situación laboral, personas a su cargo, problemas o circunstancias que modifiquen el cumplimiento de las actividades, opinión de los demás hacia su trabajo, capacidad de tomar decisiones, etc).
- **Manifestaciones de independencia en la necesidad de comunicar:**
 - Manifestaciones de alegría
 - Autocrítica, toma de decisiones
 - Autoestima, consciente de su valor y de sus capacidades
 - Autoimagen, aprecia su apariencia
 - Amor al trabajo, valoración del mismo
 - Buen manejo de la autonomía y responsabilidad

- Participación en las decisiones del trabajo, promoción
- Ambición, motivación
- Dominio en los roles
- Tener tiempo de ocio

• **Manifestaciones de dependencia:**

- Autoestima baja
- Sentimientos de incapacidad e inseguridad
- Necesidad de complacer a los demás
- Pérdida del rol social
- No aceptación de la imagen corporal
- Postura encorvada
- Aseo deficiente
- Hablar vacilante
- Falta de recursos para la seguridad emocional
- Excesivamente crítico consigo mismo o con los demás
- Incapacidad para aceptar comentarios positivos acerca de sí mismo
- Se disculpa con frecuencia, verbaliza desesperanza, desamparo e impotencia
- Sentimientos negativos acerca de su propio cuerpo
- Fracaso en completar o continuar actividades
- Comportamiento autodestructivo (drogas, alcohol, etc).

• **Cuidados básicos:**

- *Actividades para mantener la independencia:*
 - Mejorar autoestima y autoconcepto
 - Fomentar estrategias para una buena regulación emocional y afrontamiento de problemas.
 - Averiguar gustos y preferencias.
 - Planificar actividades.
 - Grupos de ayuda
- *Intervenciones preventivas y terapéuticas ante problemas específicos:*
 - Ayudar al paciente a desarrollar una imagen más positiva y realista de ellos mismos.
 - Establecer relación de ayuda.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Factores que influye:

- Factores biofisiológicos: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas
- Factores psicológicos: emociones
- Factores socioculturales: cultura, roles sociales
- Mantenimiento y evaluación de la autoestima

REGISTRO

- Anotar en la hoja de valoración de enfermería todos los datos recogidos en la valoración de la necesidad.

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACION DE LAS NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE	Z1-NSG-PO-1201 Revisión: A Página 585 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Kozier B, Erb G, Olivieri R. Autoconcierto y relaciones de roles. En: Kozier B, ERb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica. 4ª ed. [Internet]. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993, pp. 851-877. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4474
- Campo MA, Fernández C. Proceso de Enfermería, Diagnóstico, Planificación, Evaluación. [Internet]. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2000. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4467
- Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. [Internet]. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4474



APRENDIZAJE

Muel
D. de Z.
ESPAÑA
MI

EDUCACIÓN SANITARIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I EDUCACIÓN SANITARIA	Z1-NSG-PO-1401 Revisión: A Página 588 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

La educación sanitaria es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad.

OBJETIVOS

- Inserción de valores en la comunidad.
- Ayudar y capacitar para resolver problemas de salud.
- Promover actitud participativa.

ALCANCE

Población que vaya a recibir atención en el hospital, así como familiares y/o cuidadores.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Trabajador social
- Celador
- Personal perteneciente a asociaciones de ayuda

MATERIAL

- Folletos o trípticos informativos:
 - Tríptico información al paciente de CMA. [ANEXO 1401-I](#)
 - Tríptico información al paciente con disfagia. [ANEXO 1401-II](#)
 - Recomendaciones de alimentación para pacientes con disfagia. [ANEXO 1401-III](#)
 - Miniguía de alimentación para pacientes con disfagia. [ANEXO 1401-IV](#)
 - Tríptico información al paciente con delirio. [ANEXO 1401-V](#)
 - Tríptico recursos para dejar de fumar. [ANEXO 1401-VI](#)
 - Tríptico nuevos anticoagulantes orales de acción directa [ANEXO PO-1401-VII](#)
 - Tríptico anticoagulantes clásicos: Antivitamina-k [ANEXO PO-1828-I](#)
- Material o aparatos sobre los que sea necesario dar información

EJECUCIÓN

- Contacto directo entre los intervinientes del proceso.
- La herramienta principal utilizada es la palabra hablada.
- Uso de ayudas técnicas como hojas informativas referentes a recomendaciones tras las intervenciones prestadas en los diferentes servicios, así como de aparataje o material que se use en la técnica a explicar.
- Recomendar la participación en talleres específicos-charlas informativas intra y/o extrahospitalarias
- Aclaración de dudas o problemas.
- Potenciar el feedback continuo.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Presentar de forma sencilla las propuestas respecto a la salud.
- Utilizar un lenguaje adecuado.
- Saber escuchar y mostrar interés.
- Promover la participación.
- Uso de métodos adecuados.
- Importancia de la comunicación bidireccional (educador-receptor).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Se dispondrá de suficientes hojas informativas, así como del tiempo necesario para llevar a cabo dicha educación.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Juez B. Tríptico información al paciente de CMA. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza.
- Cánovas-Pareja C, Reyes-Monclus P, Gaspar M L, Navarro-Cirugeda M M, Labari-Sanz G, Monterde-Hernandez B, Ferrando-Lacarte F, Deza-Pérez M C, González-Eizaguirre M. Tríptico información al paciente con disfagia Grupo de mejora en el manejo de la disfagia orofaríngea. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza.
- Cánovas-Pareja C, Reyes-Monclus P, Gaspar M L, Navarro-Cirugeda M M, Labari-Sanz G, Monterde-Hernandez B, Ferrando-Lacarte F, Deza-Pérez M C, González-Eizaguirre M. Recomendaciones de alimentación para pacientes con disfagia. Grupo de mejora en el manejo de la disfagia orofaríngea. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza.
- Quilez-Pina R M, Carnicer-Navarro M A, Roda-Gonzalvez S, Castro-Vilela M E, Bonafonte-Marteles J L, Arbiol-Latorre Rosa, Mesa-Lampre M P. Grupo de prevención del Delirium. Tríptico de Prevención de Delirio. Elaboración de un plan de actuación interdisciplinar frente al Delirium del paciente con fractura de cadera con terapias no farmacológicas. Proyecto de Mejora. Iniciativas de Mejora de Calidad en SALUD. 2013. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.
- Acin-Miguel M T, Carnicer-Navarro M A. Tríptico recursos para dejar de fumar. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza.
- López-López M C, Franco-García M E, Pérez-Layo M A, Arbiol-Latorre R M, Esteban-Huche, C, Abad-Olmos A- L, López-Coronado-Pérez L, López-Gómez L A. Tríptico nuevos anticoagulantes orales de acción directa. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza. Zaragoza.
- López-López M C, Franco-García M E, Pérez-Layo M A, Arbiol-Latorre R M, Esteban-Huche, C, Abad-Olmos A- L, López-Coronado-Pérez L L, López-Gómez L A. Tríptico

	SECTOR ZARAGOZA I EDUCACIÓN SANITARIA	Z1-NSG-PO-1401 Revisión: A Página 591 de 1152
---	---	--

anticoagulantes clásicos: Antivitamina-k. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza. Zaragoza.

- Groene, O. La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [Acceso junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.udg.edu/Portals/125/HSPS/PromoSaludHospitales.pdf>
- Davies SA, González L, Liñán R, Neves M. Prioridades y metodología de la educación sanitaria de la población [Internet] Barcelona; 2012. [Acceso junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.vhebron.net/documents/10165/11328174/Educació%20sanitaria.pdf>
- Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud, Formación en Promoción y Educación para la Salud [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. [Acceso junio de 2016]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacion_Salud.pdf
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114 (Supl 3): 26-33.

ANEXO 1401-I

TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CMA (1)

DESPUES DE LA INTERVENCIÓN

- Tras la intervención el cirujano informará a los familiares o acompañantes.
- Del quirófano pasará a la sala de recuperación.
- El personal de enfermería irá controlando la normalización de sus funciones.
- Podrá tomar líquidos y levantarse cuando el personal se lo indique.
- Cuando el facultativo y la enfermera hayan comprobado su favorable recuperación, podrá ser dado de alta.
- Se irá de la Unidad siempre acompañado, y con las instrucciones concretas a seguir en su domicilio.
- Se le entregará la cita con la fecha para su revisión en consultas externas.
- Usted no podrá conducir en ningún caso.
- Si en su domicilio tiene alguna duda, fiebre de más de 38ºC, dolor intenso, sangrado de la herida, vómitos o vértigos en las primeras 24 horas siga las instrucciones dadas en las recomendaciones al alta.



HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CMA (2)

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es un servicio del Hospital Nuestra Señora de Gracia para intervenciones o actuaciones que tienen una recuperación rápida y pueden regresar a su domicilio sin causar ingreso en el hospital, permitiendo una recuperación más cómoda e igualmente segura.

La Unidad está abierta en horario de mañana y tarde, de lunes a viernes.

Para ser intervenido en nuestra Unidad se han tenido en cuenta su estado de salud y sus condiciones familiares y sociales.

Recordar que su asistencia en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria requiere de su consentimiento y de su compromiso de cumplimiento de todas las indicaciones que recibirá.

Es importante que tanto el paciente como sus acompañantes tengan toda la información sobre el proceso que se va a realizar y de su estancia en la Unidad, para lo cual el personal facultativo y de enfermería tiene el deber de aclarar todas las preguntas que le realicen hasta su total comprensión.

Deseamos que su experiencia y estancia en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria sea lo más confortable y satisfactoria posible.

CONSEJOS GENERALES

- Sea puntual.
- Traiga la documentación necesaria para el ingreso.
- Venga duchado y con ropa cómoda.
- No se maquille, ni cara ni uñas.
- No venga con joyas ni objetos de valor.
- Asegúrese de que va a tener un acompañante en todo momento.
- No tome alimentos ni líquidos 6 horas antes de la cirugía.
- Si su intervención es por la mañana, tome su medicación habitual por la mañana con un sorbo de agua, si así se lo han indicado, excepto la medicación que el facultativo le diga que suprima.
- Si su intervención es por la tarde, desayune con normalidad.
- Si es usted diabético, conviene que traiga la insulina que usa habitualmente.
- Si toma medicación es importante que la traiga consigo.
- Si por cualquier motivo no puede acudir a la cita, avise al servicio de admisión del HNSG, teléfono: 876 764 550

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- Si va a ser intervenido de una artroscopia de rodilla deberá acudir depilado de su domicilio, preferible usar crema depilatoria **NO** cuchilla. (10 cm por encima y por debajo de la rodilla).
- Acudirá a la hora indicada al Hospital Nuestra Señora de Gracia a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, situada en la 1ª planta, acompañado de un familiar o responsable.
- Si tiene que guardar sus efectos personales, dispondrá en la Unidad de una taquilla con llave para su uso.
- Esperará en la sala de recepción a la entrada de la Unidad, hasta que el personal sanitario le llame, siguiendo el parte de programación quirúrgica.
- En la sala de acogida/recepción el personal de Enfermería le preparará para su intervención.
- Si lleva prótesis dental, deberá avisar de ello al personal sanitario.



ANEXO 1401-II

TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE CON DISFAGIA (1)

¿Qué PODEMOS HACER?

"Recomendaciones para dieta en domicilio"

-**Espese los líquidos** con
espesantes comerciales.

-Alimentos sólidos en textura
puré **sin grumos y
uniformes**.

-**No dar dobles texturas**
(yogures con frutas, sopas
con fideos o leche con
galletas).

- Utilice **cucharilla pequeña**.

-**Evite** alimentos consistencia
pastosa que se pegan al
paladar, duros o los que se
dispersan por la boca (arroz,
pimientos).



**HOSPITAL REAL
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Información sobre DISFAGIA

**GRUPO MULTIDISCIPLINAR
DE DISFAGIA**

TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE CON DISFAGIA (2)

DISFAGIA

✓ Es la dificultad para ingerir alimentos líquidos o sólidos con normalidad.



**C
O
N
S
E
C
U
E
N
C
I
A
S**

**NEUMONIA
POR
ASPIRACIÓN**

Por paso de contenido alimenticio a la vía aérea

DESNUTRICION

DESHIDRATACIÓN



Recomendaciones a la hora de comer

- ☐ Cucharilla pequeña.
- ☐ **Nunca** se debe alimentar a un paciente somnoliento.
- ☐ Dar de comer sentado o incorporado en cama **a 90°**.
- ☐ Evitar que el paciente mantenga el cuello hacia atrás mientras traga.
- ☐ **No se recomiendan las pajitas ni las jeringas.**
- ☐ Se debe esperar que la **boca** esté **vacía y limpia** antes de ofrecerle más comida.
- ☐ Ofrecerle **pequeñas cantidades** de líquidos espesados y gelatinas **varias veces al día.**
- ☐ Limpieza de boca.

ANEXO 1401-III

RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON DISFAGIA (1)

GRUPO DE ALIMENTOS	PERMITIDOS PARA TRITURAR	NO PERMITIDOS PARA TRITURAR
 HUEVOS	NUNCA CRUDOS: cocidos o en tortillas	
 CARNES Y PRODUCTOS CARNICOS	CARNES MAGRAS NO FIBROSAS, SIN PIEL, SIN HUESOS. Retirar la grasa visible. Pollo, Pavo Cerdo Molosa de ternera Jamón cocido Embutidos sin trozos	Jamón serrano carnes fibrosas con ternillos como la ternera
 PESCADOS	Blanco o azul, <u>SIN PIEL, SIN ESPINAS</u> . NUNCA CRUDO Los filetes de pescado congelas sin espinas pueden ser de utilidad. Aún en lata	Pescados secos, en conserva o en salazón, con espinas. Pescados con espinas, o con piel
 MARISCOS	Gamba pelada Surimi de cangrejo Surimi de angulas	Mejillones Almejas Calamar
VERDURAS Y HORTALIZAS	Todas menos las no permitidas Puntos de espárrago Patata cocida	Fibras: Tallos de espárragos, Alcachofa, puerro Con semillas: tomate, pepino
 FRUTAS	Se pueden usar todas menos las no permitidas	Frutas con pepitas: Sandía, fresas Frutas muy fibrosas: piña Frutas secas y frutos desecados
 CERALES Y DERIVADOS	Pasta, Arroz Cereales de desayuno, galletas maria Pan de barra, tostado y de molde	
LEGUMBRES	TRITURADAS + PASAPURÉS	
 LACTEOS	Yogures sin trozos Postres lácteos de textura espesa sin trozos: Cuajada Quesos blandos: queso fresco Leche como base para papillas o triturados con cereales o galleta	Leche líquida Yogures con trozos Natillas sin consistencia líquida Flanes sin caramelo líquido Mousse Quesitos o quesos secos

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN DISFAGIA



Consejos para la dieta DISFAGIA Triturada

- La alimentación se basará en cremas, papillas y purés. Es una "alimentación de cuchara" o "cucharilla".
- Usar siempre batidora para evitar los grumos.
- Se recomienda un plato único triturado en comidas y cenas (1ª+2ª juntos) para evitar el cansancio.
- Puede ser de ayuda preparar los triturados en mayor cantidad, para poder congelarlos en monodosis y usarlos más adelante.
- Evitar cocinar con exceso de grasa. Mejor aliñar con aceite al terminar.
- Todos los líquidos irán espesados con espesante.
- Se puede usar AGUA GELIFICADA, o en su defecto, gelatinas, para conseguir ingerir suficiente líquido. Es importante escoger una que no se disuelva con facilidad o se rompa en trocitos. Deberá ser compacta, y sin azúcar si sufre de diabetes. Siempre de la nevera.
- Intentar adaptar la dieta del paciente a la dieta familiar.
- Comer en un ambiente relajado, sin distracciones y sin forzar.
- Si quedan restos en la boca eliminarlos para evitar atragantamientos.
- Evite recostarse o tumbarse durante una hora después de comer para evitar el retorno de la comida.

RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON DISFAGIA (2)

MENÚ EJEMPLO DIETA TRITURADA

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO 	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con 8 cereales. Compota triturada de manzana	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con galletas tipo "Maria" para triturar. Compota triturada de pera	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con galletas tipo "Maria" para triturar. Triturado zumo de manzana con pera	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con 8 Cereales. Compota triturada de manzana	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con galletas tipo "maria" para triturar. Triturado de zumo de piña con plátano	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con galletas tipo "Maria" para triturar. Compota triturada de melocotón	Leche (sola/ café/ cacao soluble) con magdalenas para triturar. Triturado zumo de piña con melocotón
COMIDA 	Triturado de lentejas con ternera + arroz Compota de Plátano con canela	Triturado de judías verdes + patata + Salmón Triturado de zumo de melocotón con plátano	Triturado de láminas de pasta (lasaña) carne picada + cebolla + pimiento rojo + pimienta verde + bechamel + queso rallado Triturado de zumo de naranja con plátano	Triturado de calabacín + guisantes + cebolla + patata + fiambre de pavo Triturado de melocotón en almíbar	Triturado de arroz + zanahoria + Albóndigas de ternera con tomate Triturado de zumo de manzana con pera	Triturado de Macarrones con tomate + Atún + Cebolla Yogurt de sabor	Triturado de Garbanzos + espinacas + zanahoria + bacalao Triturado de compota de manzana
MERIENDA	Natillas con canela	Yogurt natural	Cuajada	Triturado de queso fresco con fresas	Yogur de sabores	Triturado de dulce de membrillo con queso fresco	Triturado de zumo de naranja + cereales + ciruelas sin piel
CENA 	Triturado bacalao + patata+ calabacín Triturado de queso fresco con fresas	Triturado de espinacas + pollo + zanahoria+pan Triturado de pera y zumo de piña	Triturado de Berroja + patata + Huevo duro Triturado Pera en almíbar	Triturado de Judía verde + Patata + Lengua Triturado de plátano con canela	Triturado de tortilla de patata+calabacín Triturado de melocotón en almíbar	Triturado de Aceituna + cebolla + Patata + merluza Triturado de plátano con canela	Triturado de calabaza + quesito + pan + pavo Triturado de pera con cacao en polvo

CANTIDADES - CARACTERÍSTICAS

LECHE PARA CEREALES —300 ML YOGURT —1 ENVASE COMO POSTRE 2 ENVASES COMO DESAYUNO	PATATA PARA TRITURAR 40 GR. Junto con verduras 80 GR. Sin verduras	PAN MOLDE o BARRA PARA TRITURAR 60GR	PESCADO PARA TRITURAR 150 GR. Sin espinas, sin piel
FRUTA PARA TRITURAR 150 GR. Sin piel, sin pepitas	ARROZ PARA TRITURAR 40 GR. En crudo con verduras 20 GR. Con legumbre	LEGUMBRE PARA TRITURAR 50 GR. con verduras 30 gr. Con arroz	HUEVO 2 Huevos cocidos o en tortilla
VERDURA PARA TRITURAR 150 GR	PASTA PARA TRITURAR 40 GR. En crudo	POLLO, PAVO PARA TRITURAR 140 GR. TERNERA MUY MUY MUY PARA TRITURAR 130 GR.	** Se recomienda guardar el agua de cocción para el triturado. ** Evitar cocinar con excesiva grasa. Aliñar con aceite antes de tomar.

ANEXO 1401-IV

MINIGUIA DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON DISFAGIA (1)

HIDRATACIÓN y BEBIDAS

Al no poder beber agua, es frecuente disminuir la ingesta de líquidos con riesgo de deshidratación.

Recuerde que es muy importante una correcta hidratación, basada en:

- **agua espesada**
- **aguas gelificadas**

CON ESPESANTE NEUTRO o gelificante neutro sin azúcar todas las bebidas se pueden espesar

¿Cómo?

En una cacerola añadir la bebida y la cantidad de espesante necesaria para la textura que haya prescrito el médico.

Agitar enérgicamente durante unos segundos y servir en un vaso.

Una vez en el vaso, esperar de 2-3 minutos para que adquiera la consistencia definitiva y ajustar con es- pesante si fuese necesario

IDEAS

- Café con leche + espesante
- Café bombón + espesante
- Zumo de frutas + espesante
- Agua con miel y limón + espesante
- Vino tinto + espesante
- Refrescos + espesante
(Remover para quitar el gas antes)
- Infusiones + espesante

TEXTURAS



1. Textura néctar

Se puede beber en vaso, al caer forma un hilo fino.

2. Textura miel

Se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.

3. Textura pudín

Solo se puede tomar con cuchara, al caer mantiene su forma.

MINI GUÍA DE ALIMENTACIÓN EN DISFAGIA



Consejos a la hora de comer

- Tómese el tiempo que necesite
- Coma en un ambiente tranquilo, sin distracciones (TV, periódicos...)
- Solo necesitaremos cuchara/cucharilla.
- Recuerde: Comer sentado, en 90°. Inclinar la cabeza hacia abajo puede facilitar el paso de los alimentos.
- Realice un reposo sentado después de comer, para evitar el reflujo
- No use pajitas para beber ni jeringas
- Esperar a que la boca este limpia y sin residuos antes de la siguiente cucharada
- Revise la cavidad oral después de comer para ver que no han quedado restos en el paladar ni entre las mejillas
- Limpie la boca y la lengua de atrás hacia delante

MINIGUIA DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON DISFAGIA (2)

IDEAS DESAYUNOS

LECHE CON GALLETAS

- 1 vaso de leche caliente
- 8 galletas tipo María

Triturar

*** Para personas diabéticas podremos usar galletas integrales***

MAGDALENAS

- 1 vaso de leche caliente
- 2 magdalena

Triturar

PAN C/ MERMELEDA Y MANTEQUILLA

- 1 Rebanada de pan de molde grande o 60 gr. de pan seco
- 1 cucharada de mantequilla
- 2 cucharada de mermelada

Triturar

PAN CON NOCILLA

- 1 Rebanada de pan de molde grande o 60 gr. de pan seco
- 1 cucharada de Nocilla

Triturar



IDEAS COMIDAS—CENAS

HUEVOS RELLENOS

- 1 huevo cocido
- 1/2 lata de atún
- 1/4 vaso de agua
- 60 gr patata cocida
- 1 cucharada de tomate frito
- Sal

Triturar

MACARRONES DE LA ABUELA

- 100 gr. de macarrones
- 1/4 Cebolla cocida
- 75 gr. de carne picada sofrita
- 1 cucharada sopera de tomate frito
- 1 vaso de agua

Triturar. Corregir con sal, aceite y espesante para la textura ideal

PASTEL DE CARNE

- 300 gr. de ternera picada
- 150 gr. de tocino picado
- 300 gr. de pechuga de pollo
- 2 huevos
- Pan rallado



IDEAS MERIENDAS

PAN CON NOCILLA

- 1 Rebanada de pan de molde grande o 60 gr. de pan seco
- 1 cucharada de Nocilla

Triturar

PAN CON JAMÓN Y TOMATE

- 1 Rebanada de pan de molde grande o 60 gr. de pan seco
- 1 filete jamón York o 30 gr. taquitos de jamón serrano
- 1/4 tomate SIN PIEL SIN PEPITAS
- 1 gotita de aceite de oliva
- 1 pizca de sal

Triturar

REQUESÓN CON MIEL

- 100gr. De requesón
- 1 cucharada de miel
- 1 pizca de canela

*** La textura debe ser homogénea.



ANEXO 1401-V

TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE CON DELIRIO (1)

 ¿QUÉ ES EL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO? Es un estado de confusión importante. Las personas con delirio: • No pueden pensar con claridad. • Tienen dificultad para prestar atención. • Tienen dificultades para entender y procesar lo que está sucediendo a su alrededor. • Pueden ver o escuchar cosas que no existen. (Estas cosas a ellos les parecen muy reales) 	¿QUÉ ENFERMOS TIENEN MÁS RIESGO DE SUFRIR DELIRIO? • Ancianos • Sometidos a una cirugía, especialmente de cadera o corazón • Con demencia • Con déficits visuales o auditivos • Con enfermedades aguda como infecciones, insuficiencia respiratoria,...  ¿EL DELIRIO ES ALGOCOMÚN? • Se produce hasta en el 56% de los pacientes ancianos que deben ser hospitalizados: • En el momento de ser ingresados del 10 al 22%. • Entre un 10 y un 30% desarrollan delirio durante el ingreso. • El delirio después de una cirugía general es del 5-10% y llega a ser del 42% después de una cirugía ortopédica (como la cadera). • Lo padecen aproximadamente 2 de cada 3 pacientes ingresados en UCI.	SIGNOS DE DELIRIO: • Parecer agitado o intranquilo. • Estar más confuso de lo habitual. • Ser agresivo. • Usar palabras inapropiadas (insultos, palabrotas, lenguaje incoherente...). • No saber bien donde se encuentra, en qué fecha, a qué hora del día. • Ver u oír cosas que no existen. • Cambios en los hábitos de sueño (no dormir por la noche y pasar el día durmiendo o dormir muy pocas horas,...) • Cambios bruscos de humor. • Manipularse la ropa (desnudarse), sus genitales, hacer como si estuviera en su trabajo habitual (labores domésticas, del campo,...) • Es frecuente que cuando cesa el estado de delirio no recuerden lo que ha ocurrido.   
--	--	--

TRÍPTICO INFORMACIÓN AL PACIENTE CON DELIRIO (2)

¿PUEDO YO HACER ALGO? - Hable en voz baja y tranquila. - Utilice palabras y frases cortas-simples - Recuerde al paciente el día y la fecha con frecuencia - Háblele sobre familiares y amigos - Si lleva previamente gafas o audífonos tráigalos y colóqueselos al paciente de forma habitual. - Decore la mesilla con calendarios, fotos de familiares,...para así proporcionarle elementos conocidos del hogar. - Tráigale el periódico o léale noticias, póngale sus programas de televisión preferidos, noticias tanto de TV como de radio. - No ponga TV, radio en la habitación a partir de ciertas horas de la noche. - Deje que entre la luz del día a la habitación. - Deje una luz indirecta/suave nocturna en la habitación. - Mantener la regularidad en sus cuidadores (preferiblemente personas conocidas previamente por el paciente) - Si su ser querido tiene delirio podría pedirle que se siente e intentar que se calme o dar un paseo con él (si está en condiciones para ello). Siempre con voz tranquila y sin discutir con él. ¿SU FAMILIAR NO SE ESTA VOLVIENDO LOCO!	 ¿QUÉ DIFERENCIA DELIRIO DE DEMENCIA? Delirio: - Se presenta rápidamente, en horas o días. - Los signos de delirio pueden cambiar de un día para otro. - Puede hacer que la memoria y los problemas mentales empeoren. - El delirio suele desaparecer después de unos días o incluso alguna semana. - Suele fluctuar a lo largo del día Demencia: Es un trastorno del pensamiento. Por lo general, es una condición permanente. Avanza durante meses o años, su evolución suele ser progresiva. No hay alteración de la conciencia. Los pacientes con demencia son más propensos a desarrollar delirio. (Un paciente con demencia puede presentar también delirio) ¿POR QUÉ SE PRODUCE EL DELIRIO? - Los expertos creen que es debido a cambios en el modo de funcionar el cerebro aunque sus causas no están perfectamente establecidas. Se piensa que el estrés y la inflamación (respuestas naturales del organismo a la enfermedad/operación), ciertos fármacos,	infecciones, dolor intenso, abstinencia tras dejar algunos fármacos, alcohol, tabaco y algunas enfermedades médicas causan: - Falta de oxígeno en el cerebro - Incapacidad del cerebro para usar correctamente el oxígeno - Cambios químicos en el cerebro. ¿QUÉ PASA SI ESTA SITUACIÓN SE MANTIENE TRAS EL ALTA HOSPITALARIA? - La investigación demuestra que los pacientes que desarrollan delirio podrían tener problemas del pensamiento como la demencia. - Los estudios dicen que el delirio puede persistir tras el alta hasta en un 50% de los pacientes al mes, un 25% a los 3 meses y un 5% durante 6 meses sin tener relación con la demencia. - Durante el ingreso en muchas ocasiones no se puede predecir que pacientes terminaran desarrollando una demencia. - Los médicos lo reevaluarán cuando lo precise. 
---	---	---

ANEXO 1401-VI

TRÍPTICO RECURSOS PARA DEJAR DE FUMAR (1)

RECURSOS PARA DEJAR DE FUMAR

BLOG:
ARAGON SIN HUMO

ASOCIACIÓN PARA LA
PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO
EN ARAGON (APTA)

TFNO: 666719895

AECC
TFNO: 976295556

APP: RESPIRAPP

UNIDAD DE DESHABITUACIÓN
TABÁQUICA HCU

TFNO: 976715261

UASA HNSG
TFNO: 976715261

DESDE ENERO DE 2017 NUESTRO
HOSPITAL ES MIEMBRO DE LA
RED MUNDIAL DE HOSPITALES
"SIN HUMO" (E.N.S.H.)
LOS TRABAJADORES SOMOS UN
EJEMPLO PARA LOS USUARIOS
DEL SISTEMA SANITARIO Y
DEJAR DE FUMAR EN EL
HOSPITAL ES NECESARIO Y
POSIBLE, SI SE DESEA.
PONTE EN CONTACTO CON
NOSOTROS EN EL TFNO 513654 Y
TE AYUDAREMOS.



**DEJAR DE
FUMAR ES
POSIBLE**

**PREPARADO PARA
DEJAR DE FUMAR???**



TRÍPTICO RECURSOS PARA DEJAR DE FUMAR (2)

**SI LO DESEA PUEDE
CONTESTAR ESTE
BREVE CUESTIONARIO**

1. EDAD :
2. SEXO:
3. CATEGORÍA
PROFESIONAL:
4. SU SITUACIÓN ACTUAL
ES:
-FUMADOR/A
-EXFUMADOR/A
-NO FUMADOR/A
5. SI ES FUMADOR/A:
-¿ESTARÍA
INTERESADO/A EN
DEJAR DE FUMAR?
SI/NO
6. ¿SE DEBERÍA
DESARROLLAR
PROGRAMAS DE AYUDA
PARA DEJAR DE
FUMAR? SI/NO

**RECORTAR ESTA HOJA Y
DEPOSITARLA EN LA
VENTANILLA DE INFORMACIÓN**

**RECUERDA
PUEDES DEJAR DE
FUMAR, SI OTROS
LO HAN
CONSEGUIDO,
PORQUE TÚ NO LO
VAS A INTENTAR ??**

**PON UNA FECHA EN
EL CALENDARIO!!**



**RAZONES PARA DEJAR DE
FUMAR**

- Aumenta la expectativa y la calidad de la vida
- Se reduce el riesgo de cancer, problemas de corazón, respiratorios y digestivos
- Mejora el bienestar físico y el rendimiento durante el ejercicio
- Desaparece el olor a humo de la ropa de la casa y el mal aliento
- Mejora el estado de la piel y de la cara ; desaparecen las manchas en los dientes y en los dedos
- Se recuperan los sentidos del gusto y del olfato
- Se favorece el ejemplo positivo a los hijos
- Mejora la capacidad de ahorro al no gastar en tabaco
- Se ayuda al medio ambiente

ANEXO 1401-VII

NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA

Recuerde

Lleve consigo SIEMPRE una **identificación** de anticoagulado, con el nombre y la dosis del ACOD que toma.

Cartón de identificación de los tratamientos con anticoagulantes orales de acción directa

Datos personales	
Nombre:	
Apellido de nacimiento:	
Dirección:	
Provincia:	
Fecha de nacimiento:	
Tratamiento	
Anticoagulante:	
Dosis:	
Fecha de inicio:	
Indicación del tratamiento:	
OTRO:	
Datos personales patológicos	
Enfermedades:	
Tratamientos:	
OTRO:	

Deberá llevar la medicación que toma (aporte la **receta electrónica actualizada**) así como algún informe médico que justifique la anticoagulación.

En los viajes, no permanezca durante mucho tiempo sentado; **levántese cada 2h y si puede pasee.**

Consulte a su médico si planea excursiones en las que vaya a estar a más de 2000 metros de altitud, en exposición directa al sol y en climas muy calurosos.

Hidrátese bien (especialmente en los meses de calor).

Viaje con suficiente medicación en su equipaje de mano (pueden ser difícil de comprar fuera de España).

Para viajes por Europa, lleve consigo la tarjeta sanitaria europea.

Existen asociaciones para pacientes anticoagulados (en Aragón ASANAR) donde podrán apoyarle para el adecuado seguimiento de su tratamiento.

<http://www.asanar.es/>

Aconsejamos utilizar pulseras identificativas con código QR u otra identificación donde figure el anticoagulante que toma.



Acuda a Urgencias si aparece:

- *Pérdida brusca de visión
- *Sangrados que no cesan
- *Dolor de cabeza intenso y/o brusco (o si aparece junto a vómitos)
- *Heces de color negro
- *Sangre en heces/orina
- *Vómitos/diarrea importante
- *Sangrados nasales que no cesan
- *Hemorragias ginecológicas severas/espontáneas
- *Espustos con sangre
- *Golpe en cabeza, tórax o abdomen importante

Autores:

López López MP Carmen. Enfermera Hematología. HNSG
 Franco García, Mª Esther. FEA Hematología. HNSG
 Pérez Layo, Angeles. FEA Hematología. HRV
 Arbiol Latone, Rosa Maria. Enfermera Hematología. HNSG
 Esteban Huche, Clara Victoria. Supervisora Consultas Externas. HNSG
 Abad Olmos, Ana Laura. Enfermera Hematología. HNSG
 López-Coronado Pérez, José Luis. Médico Familia y Comunitaria. CS Tarazona
 López Gómez, Luis Antonio. Jefe Sección Hematología. HRV

**Nuevos anticoagulantes
orales de acción directa
(ACODs)**

Dabigatrán (Pradaxa®)
 Rivaroxabán (Xarelto®)
 Apixabán (Eliquis®)
 Edoxabán (Lixiana®)

¿Qué son los ACODs?

Los anticoagulantes tienen como misión evitar la formación de coágulos no deseados que pudieran ocasionarle complicaciones (infarto cerebral, infarto pulmonar, trombosis arterial o venosa, infarto cardíaco...).

Para ello, el médico que le indica este tratamiento, le recetará el fármaco que considere más adecuado a su enfermedad y a sus características personales (edad, función renal, antecedentes, otros tratamientos...).

Los ACODs actúan específicamente sobre un único factor de la coagulación para evitar la formación del trombo no deseado; deberá de vigilar si le aparece algún signo de sangrados.

Si no toma la dosis indicada, estará desprotegido ante la trombosis.

No abandone la medicación anticoagulante sin indicación médica.

Informe **SIEMPRE** que toma tratamiento anticoagulante, indicando el nombre del fármaco, dosis y hora de la última toma.

En caso de dolor tome:

PARACETAMOL o METAMIZOL. Para el resto de fármacos, consulte a su médico.

¿Qué debo saber sobre los ACODs?

Los ACODs son anticoagulantes de nueva generación que **no necesitan monitorización de rutina.**

El médico que le prescribió el tratamiento anticoagulante (cardiólogo, neurólogo...) y/o su médico del Centro de Salud le citarán para seguimiento cada 3-6 meses al principio y posteriormente 1 vez al año para controlar:

*Cumplimiento del tratamiento

*Eventos tromboembólicos

*Sangrados

*Otros efectos secundarios

*Otros medicamentos

***Analítica:** para valorar hemoglobina, función renal y función hepática.

CONSEJOS:

Haga ejercicio físico diario (**pero evite** deportes de contacto como boxeo, artes marciales y otros donde puedan producirse caídas graves: alpinismo, esquí...). Use casco si monta en bicicleta/moto.

Se aconseja llevar una dieta mediterránea variada.

Los ACODs no interfieren con la alimentación pero se recomienda no tomar pomelo y evitar la Hierba de San Juan (hipérico). **Consulte con su médico ante cualquier duda.**

EVITE piercing y tatuajes.

EVITE el consumo de alcohol/tabaco.

EVITE caminar descalzo (puede cortarse).

Recomendaciones:

Tome la medicación **respetando siempre la pauta indicada por su médico.** En caso de olvido, **tomarla lo antes posible.**

Sólo si vomita **justo después** de tomar el anticoagulante, vuelva a tomarlo.

En caso de diarrea: tome abundante líquido y alimentos fáciles de digerir (arroz, fideos, pollo sin piel...)

Si aparece una **hemorragia no justificada**, acuda a urgencias indicando **"a que hora tomó la última dosis del fármaco"**.

Si usa pastilleros, no deje las pastillas sueltas. Manténgalas en el envase hasta que vaya a tomarlas.

No parta ni triture los comprimidos salvo que su médico lo autorice expresamente.

Si cirugía, extracción dentaria, endoscopias, mamografías, punciones articulares... consultar a su médico.

EVITE las relaciones sexuales de riesgo.

Si cree estar embarazada, acuda a su médico lo antes posible; deberá suspender el tratamiento con ACOD y pasar a heparina.

En caso de vacunas, comunicar al personal sanitario que toma tratamiento anticoagulante.

EVITE inyecciones intramusculares, ya que pueden producir hematomas importantes.

EVITE masajes profundos y manipulaciones articulares.

Visite a su **Odontólogo** periódicamente; debe mantener su boca en buen estado.

ANEXO 1828-I

ANTICOAGULANTES CLÁSICOS: ANTIVITAMINA-K

¿Sabía que...?

Estudios nacionales/internacionales, sitúan el grado de incumplimiento farmacológico entre 30-70% en pacientes con tratamientos crónicos.

En España se estima que uno de cada tres pacientes, no retira de las farmacias los medicamentos que se les recetan de forma adecuada.



Existen asociaciones para pacientes anticoagulados (en Aragón **ASANAR**) donde podrán apoyarle para el adecuado seguimiento de su tratamiento.

<http://www.asanar.es/>



Aconsejamos utilizar pulseras identificativas con código QR u otra identificación donde figure el anticoagulante que toma.

Comunique SIEMPRE que toma anticoagulantes orales, indicando el nombre del fármaco.

Lleve consigo su última pauta.

*La dosis de su anticoagulante debe tomarse una sola vez al día, **SIEMPRE** a la misma hora, **preferiblemente en la merienda**. En caso de olvido, tomarla lo antes posible.

*Si no está seguro de haber tomado su dosis, no la tome 2 veces. Anote la duda.

R *No se automedique.

E *Advierta siempre al médico/enfermera que está tomando un anticoagulante oral.

C *Ante cualquier duda, consulte al médico.

U *Deberá llevar la medicación que toma (aporte la receta electrónica actualizada y copia de la última pauta del control de INR) así como algún informe médico que justifique la anticoagulación.

R *No permanezca mucho tiempo sentado cuando viaja; **levántese cada 2h y si puede pasee**.

D *Hidrátese bien y consulte a su médico si planea excursiones en las que vaya a estar a más de 2000 metros de altitud, en exposición directa al sol y en climas muy calurosos.

E *Viaje con suficiente medicación en su equipaje de mano (será difícil comprar su medicación fuera de España).

*Para viajes por Europa, lleve consigo la tarjeta sanitaria europea.

Autoras:

López López M^a Carmen. Enfermera Hematología. HNSG
Franco García, M^a Esther. FEA Hematología. HNSG
Pérez Layo, Ángeles. FEA Hematología. HRV
Arbiol Latorre, Rosa María. Enfermera Hematología. HNSG
Esteban Huiche, Clara Victoria. Supervisora Consultas Externas. HNSG
Abad Olmos, Ana Laura. Enfermera Hematología. HNSG
López-Coronado Pérez, José Luis. Médico Familia y Comunitaria. CS Tarazona
López Gómez, Luis Antonio. Jefe Sección Hematología. HRV

Anticoagulantes Clásicos (Antivitamina-K)

Acenocumarol (Sintrom[®])

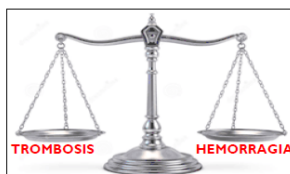
Warfarina (Aldocumar[®])

¿Qué es el Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO)?

¿Cómo actúan?

Los anticoagulantes orales, disminuyen la capacidad de coagulación de la sangre, haciéndola más líquida e impidiendo la formación de coágulos. Previenen de trombosis, embolias, infartos...

Los anticoagulantes orales clásicos actúan bloqueando la acción de la **vitamina K** del organismo, impidiendo la formación normal de factores necesarios para la coagulación.



Son necesarios **controles** periódicos del INR, ya que la acción del fármaco puede modificarse por muchos factores externos (actividades diarias, alimentación, ejercicio físico, enfermedades, otros tratamientos.....).

En caso de dolor tome **PARACETAMOL O METAMIZOL**. Para el resto de fármacos, consulte a su médico.

**Comente todas las incidencias
en su próximo control de INR**

¿Qué debo saber de los anticoagulantes clásicos?

La alimentación puede modificar la acción del anticoagulante, alterando la cifra de INR.

Aconsejamos:

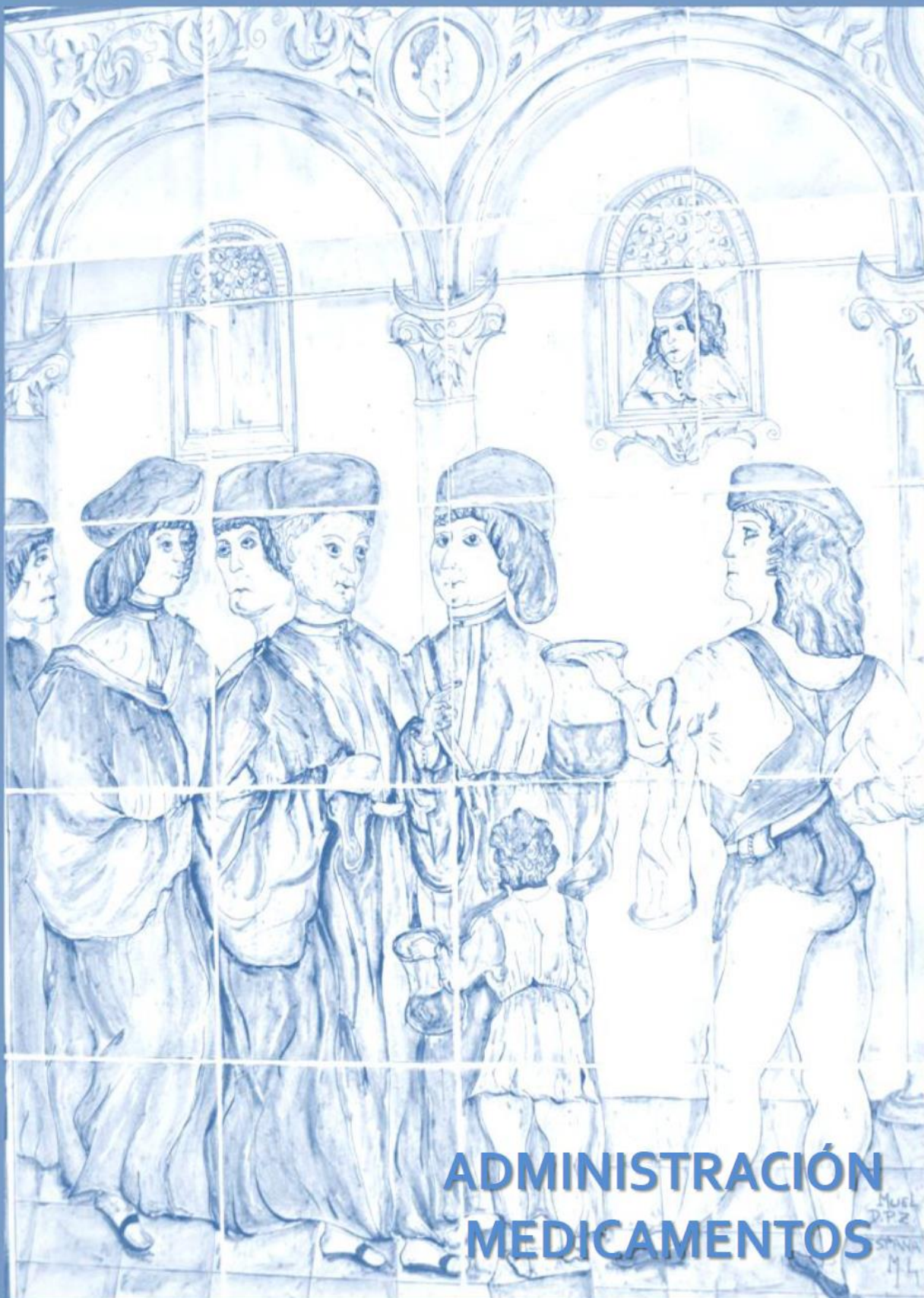
- * Lleve una dieta mediterránea equilibrada.
- * **MODERE** el consumo de verduras (especialmente brócoli, ajos/cebolla, acelgas y espinacas, coliflor), vísceras de animales, mayonesa, caramelos de regaliz, castañas, mazapanes y/o turrones...
- * **EVITE** productos de herboristería.
- * **EVITE** el consumo de alcohol/tabaco.
- * **EVITE** la bollería industrial.
- * **EVITE** el uso de fajas, medias o prendas que compriman las extremidades inferiores (salvo medias indicadas por su médico).
- * **EVITE** caminar descalzo (puede cortarse).
- * **EVITE** las relaciones sexuales de riesgo.
- * Deberá afeitarse con maquinilla eléctrica.
- * Haga ejercicio físico diario (**evite** deportes de contacto como boxeo, rugby, artes marciales y los que pueden producir caídas graves: alpinismo, esquí...).
- * Use **casco** si monta en bicicleta/moto.
- * Evite masajes profundos y manipulaciones articulares.
- * Evite piercing y tatuajes.
- * Visite a su Odontólogo periódicamente; debe mantener su boca en buen estado.

¿Cuándo debo consultar al médico?

- * Si presencia cualquier signo de hemorragia (sangrado por la nariz, por boca, por orina, heces o si aparecen hematomas de forma espontánea).
- * En caso de diarrea: tome abundante líquido y alimentos fáciles de digerir (arroz, fideos, pollo sin piel...).
- * Si la diarrea es persistente, deberá adelantar el control del INR.
- * Si vomita justo después de tomar el anticoagulante, vuelva a tomarlo.
- * Si tiene fiebre o catarro.
- * Si sospecha que está embarazada, acuda a su médico lo antes posible; deberá suspender el anticoagulante oral y comenzar con heparina.
- * En caso de extracción dentaria: generalmente no precisará suspender el anticoagulante, siguiendo unas normas especiales.
- * En caso de dolor de cabeza intenso y/o brusco (o si aparece junto a vómitos).
- * Si presenta alteración de la visión o del habla.
- * Precaución ante inyecciones intramusculares: consulte siempre a su médico y/o enfermera.
- * Vacúnese siempre bajo supervisión médica.
- * Consulte en caso de mamografía, endoscopia o intervención quirúrgica...

Acuda a Urgencias si aparece:

- Pérdida de visión brusca
- Sangrados que no cesan (nasales, vaginales...)
- Esputos con sangre
- Heces color negro y/o con sangre
- Dolor de cabeza intenso (o si aparece junto a



ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: AEROSOLTERAPIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: AEROSOLTERAPIA	Z1-NSG-PO-1501 Revisión: A Página 610 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaa)

ABREVIATURAS

FFPP2	FACTOR DE PROTECCIÓN 2
-------	------------------------

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: AEROSOLTERAPIA	Z1-NSG-PO-1501 Revisión: A Página 611 de 1152
---	---	---

DEFINICIÓN

Administración por vía inhalatoria de fármacos en forma de partículas de aerosol por medio de dispositivos tipo "Venturi". Estos aparatos crean una fina niebla rompiendo la tensión superficial del fármaco a administrar diluido en agua o suero fisiológico.

OBJETIVOS

- Administrar un fármaco para que se deposite en la superficie interna de las vías respiratorias inferiores y ejerza su acción terapéutica.
- Humidificar las secreciones pulmonares acumuladas para facilitar su expectoración.
- Mejorar la respiración y/o el patrón respiratorio y/o el trabajo respiratorio del paciente.

ALCANCE

Población susceptible de precisar medicación por vía inhalatoria.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Toma de oxígeno
- Caudalímetro
- Equipo de aerosoles tipo "venturi" (mascarilla con nebulizador y alargadera)
- Medicación prescrita y/o suero fisiológico
- Jeringa
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Colocar la medicación y/o suero fisiológico prescrito en el recipiente nebulizador.
- Colocar al paciente en posición de Fowler. [PO-0401](#)
- Conectar el caudalímetro a la toma de aire/oxígeno.
- Conectar el nebulizador al caudalímetro directamente (sin pasar por el humidificador).
- Regular el flujo de oxígeno/aire de 6 a 8 litros/minuto hasta observar la salida de la solución nebulizada. Este flujo asegura la presión adecuada para que las partículas sean de menos de 4 micras.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: AEROSOLTERAPIA	Z1-NSG-PO-1501 Revisión: A Página 612 de 1152
--	---	--

- Ajustar la mascarilla a la boca-nariz o estoma (si está traqueostomizado) del paciente, evitando los puntos de presión y erosiones de la piel.
- En caso de aerosol en forma de "pipeta", ajustar los labios al dispositivo (boquilla).
- Explicar al paciente que realice una respiración pausada y a volumen corriente.
- Pasado el tiempo prescrito de tratamiento, de 10 a 15 minutos, cerrar la salida de oxígeno/aire y retirar el equipo.
- Realizar higiene bucal. [PO-0801](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSEVACIONES/PRECAUCIONES

- El dispositivo es de uso único y no debe ser utilizado por más de un paciente.
- En caso de que el paciente presente una infección transmisible por vía aérea, deberán tomarse las debidas medidas de prevención. Uso de mascarilla FFP2 por parte del personal que esté en la misma habitación

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: AEROSOLTERAPIA	Z1-NSG-PO-1501 Revisión: A Página 613 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
- Collado-Gómez R, Bellón-Elite I, Guillena-Moreno C. Gasometría: manejo del Equilibrio ácido-base. [Internet]. Sección 2. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm>
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Avila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. [Internet] Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. [Internet] Sevilla. 2006. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Alvarez-Torralba MJ, Alvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- Hospital La Paz. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Madrid. 2002.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: INHALADORES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha:04/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arguedas Gorrindo, Gloria Labari Sanz, Genoveva Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: INHALADORES	1-NSG-PO-1502 Revisión: A Página 615 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

MDI	INHALADOR DE DOSIS MEDIA
-----	--------------------------

DEFINICIÓN

Administración de fármacos por vía respiratoria a través de aerosoles/inhaladores con cartucho presurizado (MDI) con o sin cámara expansora u otros sistemas (Aerolizer®, Turbuhaler®, Accuhaler®, EasyHaler®, etc).

OBJETIVOS

- Administrar un fármaco para que se deposite en la superficie interna de las vías respiratorias inferiores y ejerza su acción terapéutica
- Mejorar la respiración y/o el patrón respiratorio y/o el trabajo respiratorio del paciente.

ALCANCE

Población susceptible de precisar medicación por vía inhalatoria.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Inhalador prescrito
- Cámara expansora, si precisa
- Guantes no estériles
- Protector absorbente
- Batea
- Vaso con agua
- Gasas no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Administración mediante inhalador de cartucho presurizado:

Dispositivo formado por un cartucho presurizado que contiene el medicamento y dispensa una determinada dosis cada vez que se acciona el pulsador. Se puede utilizar con cámara inhaladora o sin ella.

- **Sin cámara inhaladora:**
 - Comprobar el fármaco, la dosis, vía y horario prescrito.
 - Asegurarse que no exista contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
 - Comprobar la caducidad del fármaco.

- Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar.
- Agitar para mezclar su contenido.
- Colocar el inhalador en posición vertical en forma de L.
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y la sujete cerrando bien los labios, dejando la lengua en el suelo de la boca para que no interfiera la salida del medicamento.
- Pedir al paciente que inspire lenta y profundamente por la boca.
- Presionar el cartucho (una vez iniciada la inspiración) una sola vez y seguir la inspiración lenta y profunda hasta llenar totalmente los pulmones.
- Retirar el dispositivo de la boca.
- Mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

• **Con cámara inhaladora:**

- Comprobar el fármaco, la dosis, vía y horario prescrito.
- Asegurarse que no exista contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar.
- Agitar para mezclar su contenido.
- Acoplar el inhalador a la cámara en posición vertical en forma de L.
- Explicar al paciente una de las dos opciones:
 - que introduzca la boquilla de la cámara dentro de la boca y la sujete cerrando bien los labios
 - que acople la mascarilla de la cámara a la cara asegurando un correcto ajuste de la misma.
- Presionar el cartucho.
- Pedir al paciente que respire lenta y profundamente de 6 a 10 veces sin separar la boca de la cámara o de la mascarilla.
- Separar el inhalador de la cámara espaciadora, una vez finalizado el proceso.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la cámara con agua y secar.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: INHALADORES	1-NSG-PO-1502 Revisión: A Página 618 de 1152
--	--	---

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Inhalador en polvo seco:

Dispositivo de dosis única que permite administrar por vía inhalatoria un fármaco en forma de polvo que está en el interior de una cápsula.

- Comprobar el fármaco, la dosis, vía y horario prescrito.
- Asegurarse que no exista contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Destapar el inhalador.
- Colocar la cápsula en el interior y tapar.
- Agujerear la cápsula apretando los botones laterales.
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Colocar el inhalador en la boca, sellándolo con los labios.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Retirar el dispositivo de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Multidosis:

Dispositivos que permiten administrar por vía inhalatoria un fármaco en forma de polvo que está en su interior y que dispensa una dosis determinada cada vez que se acciona un mecanismo.

- Comprobar el fármaco, la dosis, vía y horario prescrito.
- Asegurarse que no exista contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Cargar el inhalador, según las instrucciones del medicamento.
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Colocar el inhalador en la boca, sellándolo con los labios.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Retirar el dispositivo de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA: INHALADORES	1-NSG-PO-1502 Revisión: A Página 619 de 1152
--	--	---

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso febrero 2016]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. [Internet] Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración; 2003. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: [Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas.](#)

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR SNG O GASTROSTOMÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2015	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana M ^a Sanz Lacambra, Inmaculada	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR SNG O GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-1503 Revisión: A Página 621 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por sonda nasogástrica o gastrostomía.

OBJETIVO

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

ALCANCE

Dirigido a toda la población a la que se le debe administrar medicación por sonda nasogástrica o gastrostomía.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Fonendoscopio
- Medicación prescrita
- Pinza de clamp
- Guantes desechables
- Jeringa de 50 ml
- Vaso
- Agua
- Vasitos de monodosis
- Toallitas de papel

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Detener la nutrición enteral 5-10 minutos antes de administrar el fármaco.
- Preparar la medicación y comprobar que es apta para administrar por sonda. Tabla de medicamentos que precisan precauciones especiales para su administración por sonda. [ANEXO 1503-I](#)

Las formas orales de los fármacos pueden ser:

- *Comprimidos normales*: se pueden triturar hasta polvo fino o disolver en agua.
- *Comprimidos de liberación retardada*: no deben triturarse.
- *Comprimidos con cubierta entérica*: no deben triturarse.
- *Comprimidos efervescentes*: deben disolverse en agua antes de administrar. Administrar al terminar la efervescencia.
- *Comprimidos sublinguales*: su administración por sonda no es recomendable.
- *Cápsulas de gelatina*: en general pueden abrirse, mezclar su contenido en agua y administrar si el principio es estable y no irritante.
- *Cápsulas de gelatina dura* (contenido de microgránulos de liberación retardada o con cubierta entérica):
 - Las cápsulas pueden abrirse, pero los microgránulos no deben triturarse porque perderían sus características.
 - La posibilidad de la administración por sonda depende en gran medida del diámetro de los microgránulos y del de la sonda.
- *Jarabes, soluciones*: es la mejor forma de administración por sonda nasogástrica.

Técnicas para la preparación por sonda nasogástrica o gastrostomía:

- *Triturar y disolver*: Machacar el comprimido hasta reducir a polvo homogéneo. Introducir el polvo en una jeringa de 50 ml. Añadir de 15-30 ml de agua templada y agitar.
- *Desleír y disolver*: Introducir el comprimido sin necesidad de triturar en la jeringa de 50 ml. Añadir 15-30 ml de agua templada y agitar.

Administración por sonda nasogástrica o gastrostomía:

- Comprobar la colocación y permeabilidad de la sonda con el fonendoscopio. [PO-0202](#)
- Pinzar la sonda y colocar el cono de la jeringa en la conexión de la sonda.
- Despinzar la sonda y administrar la medicación lentamente con la jeringa.
- Si hay que administrar varios medicamentos, tener en cuenta:
 - No mezclarlos en la misma jeringa.
 - Pasar 5 ml de agua entre uno y otro.
 - Administrar primero las formas líquidas y dejar las más densas para el final.
- Lavar la sonda nasogástrica con 30 ml de agua tras la medicación.
- Pinzar la sonda nasogástrica y retirar la jeringa.
- Dejar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler unos 30 minutos tras administración con fácil acceso al timbre y objetos personales. [PO-0401](#)
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- En pacientes con nutrición enteral no añadir el medicamento a la fórmula para evitar interacciones.
- En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar o diluir por sus características propias, se comunicará al médico para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía.
- Los lavados de la sonda se deben efectuar con agua tibia para evitar la formación de grumos y posible obstrucción.
- No mezclar distintos medicamentos simultáneamente en la misma jeringa.
- Comprobar el conocimiento sobre la medicación y enseñar el método de administración al paciente y cuidador.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR SNG O GASTROSTOMÍA	Z1-NSG-PO-1503 Revisión: A Página 625 de 1152
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo Nutrición enteral en el adulto. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
http://172.25.128.100/opencms/opencms/intranet/area_especializada/area_enfermeria/procedimientos_protocolos_enfermeria/necesidades_basicas/nutricion_hidratacion/Z2-184-14_nutricion_enteral.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ, et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván. M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Ávila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Delgado-Mingorance ME, García-Trallero O, Gomá-Fernández G. Primera edición. Barcelona; Ediciones Rol SA; Procedimientos y Técnicas de enfermería.2006
- Martínez-López, I, Puigventós, F, Revisión de Mercé, P, Barroso, MA, Fernández-Cortés, A. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca. Marzo 2003. Andrés, I, Abad, B, Feliz, J. Listado de medicamentos disponibles en el hospital, Procedimientos de administración/manipulación y alternativas. Hospital Nª Sª de Gracia, Zaragoza. Mayo 2004.

ANEXO 1503-I

TABLA DE MEDICAMENTOS QUE PRECISAN PRECAUCIONES ESPECIALES PARA SU ADMINISTRACIÓN POR Sonda

PRINCIPIO ACTIVO	MEDICAMENTO	PRECAUCIÓN	SOLUCIÓN/ALTERNATIVA
ACENOCUMANOL	SINTRÓN		Controles frecuentes de coagulación, la trituración altera su biodisponibilidad.
ACETILCISTEINA	FLUMIL	Elevada osmolaridad	Diluir
ACIDO ACETILSALITÍLICO	ADIRO	Riesgo de obstrucción.	Pulverizar y desleír o sustituir.
ÁCIDO AMINOCAPROICO	CAPROAMIN		Se puede administrar ampolla
ALMAGATO	ALMAX	Precipitación de la dieta y obstrucción de la sonda	Interrumpir NE. Lavar antes y después de administración
AMILASA/LIPASA/PROTEASA	PANCREASE	Cubierta entérica. No triturar	Abrir cápsula, dar microesferas sin triturar. Diluir en medio ácido (zumo naranja)
AMOXICILINA-CLAVULÁNICO	AUGMENTINE	Obstrucción de la sonda	Diluir y lavar la sonda
BROMAZEPAM	LEXATIN		Se puede abrir la cápsula y dispensar
CALCIO GLUCONATO	CALCIO SANDOZ FORTE	Efervescentes	Administrar separadamente de NE.
CALCITRIOL	ROCALTROL	No se puede triturar	Vaciar la cápsula de gelatina
CAPTOPRIL	CAPOTEN	Interacciona con NE	Interrumpir NE/separar de la NE.
CARBAMACEPINA	TEGRETOL	Disminuye la absorción	Interrumpir NE y lavar/separar de la NE
CARBIDOPA, LEVODOPA	SINEMET RETARD	No triturar	Sinemet normal. Administrar antes de la NE.
CARVEDILOL	COROPRES	Triturar	Dispensar en medio ácido
CEFUROXIMA	ZINNAT	La trituración no asegura biodisponibilidad	Sustituir
CICLOSPORINA	SANDIMMUN	No abrir cápsula	Dar en solución con zumo o leche en recipiente de vidrio, no en plástico. (se adhiere)
CLINDAMICINA	DALACIN	Cápsula	Abrir cápsula y administrar con NE.
CLOMETIAZOL	DISTRANEURINE	No recomendable extraer líquido por su espesor, se adhiere a SNG. Dosis no correcta.	Sustituir
CLORPROMAZINA	LARGACTIL gotas/ampolla		Administrar separadamente de NE
CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINO	Interacción	Administrar separadamente de NE
COLCHICINA	COLCHIMAX	No triturar	Disgregar y administrar
DEXCLORFENIRAMIN A MELEATO	POLARAMINE REPETABS	Liberación retardada. No triturar	Jarabe.
DICLOFENACO	VOLTARÉN	No triturar	Sustituir o administrar ampolla
DIGOXINA	DIGOXINA	Incompatibilidad con NE estándar	Preferible sustituir por Lanacordin jarabe. Separar de NE
DILTIAZEM HIDROCLORURO	DINISOR RETARD	No se debe triturar	Dinisor normal
DOMPERIDONA	MOTILIUM		Administrar separadamente de NE

DOXAZOSINA	CARDURAN NEO 4 mg	No triturar, recubierta entérica	Sustituir por Doxazosina de 2 mg (dos comprimidos)
ERITROMICINA	PANTOMICINA	Obstrucción y problemas gástricos	Diluir. Sustituir
EUFILINA	EUFILINA	Precipitación de dieta y obstrucción	Interrumpir NE y lavar sonda/separar de la NE
FERROGRADUMET	FERROGRADUMET	Liberación retardada. No triturar	Glutaferro gotas
GABAPENTINA	NEURONTIN	Cápsula	Se puede abrir la cápsula
HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Precipitación de dieta	Interrumpir NE y lavar sonda. Si sonda transpilórica poner vía intravenosa o intramuscular
HIDROXICINA	ATARAX	Comprimido recubierto	Atarax jarabe
IBUPROFENO	DALSY NEUROFEN	Obstrucción y problemas gastrointestinales. Elevada osmolaridad.	Diluir
ISOSORBIDA MONONITRATO RETARD	UNIKET RETARD	Liberación retardada. No triturar	Uniket normal
LACTULOSA	DUPHALAC	Interacción y diarrea	Evitar elevadas cantidades. Lavar sonda
LEVOMEPRMAZINA	SINOGAN	Gotas	Administrar separadamente de NE.
LOPERAMIDA	FORTASEC	Problemas gastrointestinales	Diluir
METILDOPA	ALDOMET	Pérdida de actividad del fármaco si se da con NE	Interrumpir NE/separar de la NE
NEOSIDANTOINA	FENITOINA	Interacción con NE. Disminuye su absorción.	Interrumpir NE/separar de la NE
NIFEDIPINO	ADALAT, RETARD Y OROS	Liberación retardada. No triturar	No dar por sonda. Sustituir
NIMODIPINO	BRAINAL		Administrar separadamente de NE
NITROGLICERINA	SOLINITRINA	No triturar	Administrar vía sublingual
OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	Cubierta entérica. No triturar	Abrir la cápsula y disolver las microesferas sin triturar en suero glucosado al 5% o zumo de naranja, preferiblemente sustituir por ranitidina
PARACETAMOL	TERMALGIN	Riesgo de obstrucción	Pulverizar
PARACETAMOL + CODEINA	TERMALGIN CODEINA	Cápsula	Se puede abrir la cápsula
PENTOXIFILINA	ELORGÁN	Liberación retardada. No triturar	Administrar Hemovás intravenoso
POTASIO ASCORBATO	BOI-K BOI-K ASPÁRTICO	Interacción y obstrucción por coagulación NE	No se debe dar. Si se da, diluir y lavar sonda.
RANITIDINA	RANITIDINA	No triturar	Comprimido 150 mg. sustituir por 3 ampollas de 50 mg.
SULPIRIDA	TEPAVIL. DOGMATIL		Administrar separadamente de NE
TEOFILINA	THEO-DUR	Interacción con NE. No triturar	Interrumpir NE/separar de la NE. Dar Vent retard abriendo la cápsula o Eufilina solución según dosis.
TETRACICLINA	TETRACICLINA	Interacción con NE	Interrumpir NE/separar de la NE
TRAMADOL	ADOLONTA		Se puede administrar ampolla.
VALPROATO SÓDICO	DEPAKINE	Problemas gastrointestinales	Dar en solución.
ZOLPIDEM	STILNOX		Administrar separadamente de NE

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA ORAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 08/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballesteró Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA ORAL	Z1-NSG-PO-1504 Revisión: A Página 629 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA ORAL	Z1-NSG-PO-1504 Revisión: A Página 630 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Preparación y administración de los medicamentos prescritos por vía oral.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral.

ALCANCE

Población con la indicación de administración de fármacos por vía oral establecido en la prescripción médica.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Fármaco
- Vaso con agua, gelatina, espesantes u otro líquido, si precisa
- Batea
- Vasos unidos, jeringas o dosificadores para jarabes y soluciones

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Etiquetar el fármaco con la identificación del paciente.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Valorar la capacidad de deglución del paciente y en el caso de encontrarse disminuida, valorar la administración del fármaco por otra vía.
- Proporcionar al paciente un vaso con agua, gelatina, espesantes u otro líquido para tragar la medicación.
- Asegurarse de que la medicación ha sido ingerida por el paciente.
- Vigilar posibles aspiraciones del paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA ORAL	Z1-NSG-PO-1504 Revisión: A Página 631 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar antes de administrar la medicación el nombre del paciente y sus alergias para prevenir situaciones adversas.
- Verificar que la medicación corresponde con lo prescrito.
- Asegurarse de que el paciente ha ingerido la medicación.
- Conocer si la medicación debe administrarse antes, durante, o después de los alimentos.
- Existen varias formas de presentación de los medicamentos por vía oral:
 - Comprimidos:
 - Preservar de la humedad, luz y aire.
 - Los comprimidos con recubrimiento entérico no se deben triturar ni diluir.
 - Diluir completamente los comprimidos efervescentes.
 - Grageas y cápsulas:
 - No triturar ni retirar la cápsula protectora.
 - Administrar con el estómago vacío y abundante agua.
 - Polvos: diluir antes de administrar.
 - Jarabes:
 - Tomar el jarabe en último lugar si se toman otros medicamentos.
 - Anotar la fecha de apertura del envase.
 - Suspensiones:
 - Al abrir el envase diluir el líquido indicado
 - Agitar bien antes de administrar.
 - Anotar la fecha de apertura del envase.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar, caducidad y estado del envase de la medicación.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VÍA ORAL	Z1-NSG-PO-1504 Revisión: A Página 632 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, et al. Guía de actuación de enfermería: procedimientos generales[Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Alcudia-Corredor MC, Alonso-Araujo I, et al. Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Administración de medicamentos por vía oral. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2002. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPagina%2FHHGMA_listado
- Garay Rubio T, Larrea Aretzabaleta I, Urruela Oliván M. Manual de procedimientos de enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballesteros Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR	Z1-NSG-PO-1505 Revisión: A Página 634 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cm	CENTÍMETROS
----	-------------

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos mediante punción muscular profunda.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía intramuscular.

ALCANCE

Población con medicación prescrita por vía intramuscular.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Medicación prescrita
- Guantes desechables no estériles
- 1 Aguja intramuscular (40x08)
- 1 Jeringa
- Torunda de algodón
- Antiséptico

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Cumplir con las normas de administración de medicamentos.
- Preparar la medicación según prospecto.
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Escoger el lugar de punción.
- Colocar al paciente en posición cómoda en función del lugar de punción: decúbito lateral derecho/izquierdo si es en glúteo, decúbito supino si es en muslo o en bipedestación. [PO-0401](#)
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares en una zona de 5 cm de dentro hacia fuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Insertar la aguja perpendicular a la piel con un ángulo de 90º en un movimiento rápido y preciso.
- Aspirar para comprobar que no estamos conectados a un vaso sanguíneo (si al aspirar refluye sangre cambiar de plano o retirar la aguja).
- Inyectar lentamente el fármaco.

- Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar un ligero masaje para distribuir el fármaco.
- Evaluar la respuesta del paciente al tratamiento: dolor agudo, alteraciones sensoriales o motoras.
- En caso de que el medicamento a inyectar sea irritativo, utilizar la técnica en Z:
 - Desplazar tejido subcutáneo que hay sobre el músculo antes de la inyección.
 - Tras inyectar el fármaco, antes de retirar la aguja esperar 10 segundos.
 - Una vez retirada la aguja, soltar el tejido desplazado.
 - No masajear la zona de punción.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Asegurar la integridad y correctas condiciones del fármaco a administrar.
- Volumen de fármaco según la zona de punción en adultos:
 - Músculo glúteo mayor: 0,1 a 5 ml
 - Músculo vasto lateral externo: 0,1 a 5 ml
 - Músculo deltoides: 0,1 a 2 ml
- La zona de punción en glúteo es el cuadrante superior externo.
- La vía intramuscular está contraindicada en pacientes en tratamiento con anticoagulantes, salvo que el fármaco no presente otra preparación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado, la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias del proceso y la respuesta del paciente. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR	Z1-NSG-PO-1505 Revisión: A Página 637 de 1152
--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta López FJ, Blanes Compañ FV, et al. Guía de actuación de enfermería: procedimientos generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Alcudia Corredor MC, Alonso Araujo I, et al. Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Administración de medicamentos por vía oral. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2002. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado
- Garay Rubio T, Larrea Aretzabaleta I, Urruela Oliván M. Manual de procedimientos de enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballester Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA	Z1-NSG-PO-1506 Revisión: A Página 639 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

min	MINUTOS
º	GRADOS
cm	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través del torrente circulatorio, ya sea de forma continua, intermitente o mediante inyección directa:

- Bolo (menor de 1 minuto)
- Intravenosa lenta (2/5 minutos).

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía intravenosa.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación prescrita por vía intravenosa.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Fármaco prescrito
- Batea
- Contenedor rígido para agujas
- Para cargar el fármaco:
 - Jeringa
 - Aguja
- Antiséptico
- Guantes
- Gasas
- Para inyección en bolo sin vía canalizada
 - Smatch
 - Aguja de administración intravenosa
 - Jeringa con suero para comprobar la permeabilidad de la vía y para salinizarla cuando acabemos la administración del fármaco
- Para canalización de vía:
 - Guantes
 - Gasas
 - Antiséptico
 - Smatch
 - Abbocath del calibre adecuado para la vena seleccionada
 - Válvula antirreflujo
 - Jeringa con suero fisiológico
 - Tapón de vía
 - Apósito de vía
 - Venda
- Para perfusión:
 - Sistema de perfusión
 - Bomba de perfusión si es necesaria
 - Regulador de flujo (easyflow, tc) si es necesario

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el fármaco en la jeringa según la prescripción o/y las características específicas del mismo.
- Identificar jeringa con el nombre del fármaco y del paciente.
- Preparar el material para la canalización de vía si es necesario.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección.
- Comprobar la identidad del paciente inmediatamente antes de la administración del fármaco.
- Canalizar vía intravenosa, si precisa. [PO-1801](#)

Administración de la medicación:

- Inyección directa: en bolo (menos de 1 minuto) o intravenosa lenta (2/5 minutos).
 - *Sin vía canalizada:*
 - Cargar el fármaco en una jeringa adecuada al volumen y eliminar las burbujas.
 - Identificar jeringa y poner nombre del medicamento cargado.
 - Comprobar la identidad del paciente inmediatamente antes de la administración del fármaco.
 - Localizar zona de punción (preferentemente fosa antecubital), escoger la vena de mayor calibre.
 - Colocar compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción.
 - Aplicar antiséptico y dejar que se seque.
 - Introducir la aguja conectada a la jeringa con el bisel hacia el interior de la vena.
 - Aspirar para comprobar que refluye sangre indicando que la aguja está en vena.
 - Retirar el compresor e introducir el fármaco lentamente.
 - Retirar aguja y jeringa y presionar en el lugar de la punción durante unos 3 min.
 - Desechar la aguja en el contenedor rígido y la jeringa y resto de residuos en la basura.
 - Colocar apósito en el lugar de la punción.
 - *A través de una vía canalizada:* Si hay llave de 3 pasos:
 - Comprobar el buen estado del punto de punción para descartar flebitis o extravasación de la vía.
 - Cerrar la llave antes de quitar el tapón para evitar que refluya sangre.
 - Limpiar la entrada con gasa estéril impregnada en antiséptico.
 - Insertar jeringa y girar la llave para abrir el paso.
 - Previamente a la introducción de la medicación comprobar la permeabilidad de la vía:
 - Aspirar para ver si refluye sangre.
 - Introducir suero.

- Cerrar llave y extraer jeringa con suero si la hemos utilizado.
 - Conectar jeringa con medicación y abrir llave de nuevo.
 - Administrar la medicación con la velocidad adecuada según el fármaco.
 - Cerrar llave y extraer jeringa.
 - Introducir jeringa con suero o Fibrilin® para el lavado de la vía y abrir la llave para su administración.
 - Cerrar llave y extraer jeringa. Si está pasando otra medicación mediante perfusión dejar la llave abierta para su paso.
 - Limpiar entrada con gasa impregnada con antiséptico y poner tapón nuevo.
 - Desechar residuos.
- *Perfusión intermitente (por goteo, regulador de flujo o bomba de perfusión):*
 - Preparar medicación.
 - Preparar el material según el tipo de perfusión intermitente.
 - Purgar el equipo
 - Comprobar el buen estado de la vía, observando el punto de punción.
 - Comprobar la permeabilidad, aspirando para ver si refluye sangre o introduciendo suero.
 - Limpiar la zona de conexión de la vía al equipo con gasa impregnada en antiséptico.
 - Conectar el equipo a la válvula antirreflujo o llave de 3 vías si la lleva.
 - Abrir el equipo a la velocidad adecuada mediante la ruleta, el regulador de flujo o la bomba de perfusión para la administración del fármaco.
 - Una vez acabada la administración cerrar el equipo y desconectar del paciente dejando la vía heparinizada o salinizada, si no lleva otra perfusión.
 - Limpiar zona de conexión con antiséptico antes de poner tapón nuevo.
 - Desechar residuos.
 - *Perfusión continua:*
 - Se procederá de la misma manera que para la perfusión intermitente conectando el equipo de gotero a un regulador de flujo o utilizando bomba de perfusión con el equipo correspondiente para la bomba, controlando así la velocidad de flujo.
 - Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
 - Recoger el material.
 - Desechar los residuos.
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
 - http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
 - Retirar los guantes.
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Fármaco prescrito: puede presentarse en ampollas, en polvo para disolución, en vial o solución.
- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.

- Vigilar la zona de punción para detectar posibles flebitis o extravasación de la medicación. En caso de extravasación tener en cuenta las características del fármaco.
- Evitar mezclas múltiples y si las hay verificar que no existen interacciones.
- Vigilar la zona de punción de la vía por si aparece flebitis, inflamación, extravasación, hematomas, etc.
- Asegurar la integridad y correctas condiciones del fármaco a administrar.
- No administrar conjuntamente con medicación: hemoderivados, nutrición parenteral total, soluciones de bicarbonato y drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina, noradrenalina, etc).
- En la administración de medicación por goteo intravenoso hay que calcular la velocidad de perfusión, teniendo en cuenta:

EQUIVALENCIA	1ml	1cc	20 gotas	60 microgotas
---------------------	-----	-----	----------	---------------

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería la medicación administrada, vía de administración, dosis, fecha y hora e incidencias o reacciones adversas si las hubiera. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA	Z1-NSG-PO-1506 Revisión: A Página 644 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Botella-Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intravenosa. [Internet] [Acceso octubre de 2006]. Disponible en:
Disponible en:
<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/viaIV.pdf>
- Ballesta FJ, Blanes FV, Castells M, Domingo M, Fernández MA, Gómez FJ et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales [Internet]. 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
- Garay T, Larrea I, Urruela M. Manual de procedimientos de enfermería [Internet]. 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Administración de medicamentos por vía intravenosa [Internet]. 3ªed. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2013. [Acceso octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.madrid.org>

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBLINGUAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballester Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBLINGUAL	Z1-NSG-PO-1507 Revisión: A Página 646 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar fármacos al paciente para su rápida absorción a través de los vasos sanguíneos del lecho de la lengua.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía sublingual, por ser una vía de absorción rápida.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Medicación prescrita
- Guantes no estériles
- Aguja
- Jeringa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la prescripción médica.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición Fowler ó semi-Fowler. [PO-0401](#)
- Colocar la medicación debajo de la lengua.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva.
- Pedir al paciente que no mastique (si no está indicado) la medicación y que no la toque con la lengua, para evitar deglución accidental.
- En pacientes no colaboradores:
 - Extraer el líquido de la capsula con aguja, una vez retirada la aguja, depositar el medicamento con la jeringa bajo la lengua.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBLINGUAL	Z1-NSG-PO-1507 Revisión: A Página 648 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Verificar la compatibilidad de la administración simultánea con otros medicamentos.
- Tras la ingesta de comida, la absorción sublingual es más rápida.
- alguna medicación en forma de cápsula se puede administrar pinchándola previamente para su absorción.
- En pacientes no colaboradores, extraer el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y depositarla, una vez retirada la aguja, debajo de la lengua.
- Comunicar eventos adversos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Alvarez-Torralba MJ, Alvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso febrero 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Avila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. [Internet] Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas Ed. Rol. Barcelona 2006.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballesteró Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA	Z1-NSG-PO-1508 Revisión: A Página 650 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mm	MILIMETROS
ml	MILILITROS
º	GRADOS
cm	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos por vía intradérmica.

OBJETIVOS

- Preparar y administrar con seguridad los medicamentos a través de la dermis con fines diagnósticos o terapéuticos.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Medicación prescrita
- Batea
- Guantes no estériles
- Aguja para preparar medicación
- Aguja de 25 G, 9,5-16 mm. y bisel corto
- Jeringa graduada de 0.5-1ml
- Gasas
- Solución antiséptica incolora
- Rotulador

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Comprobar que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el fármaco según la prescripción o/y las características específicas del mismo.
- Desinfectar tapón del vial.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin taparla en el contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre 25 G para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: cara interna de antebrazos o en su defecto la parte superior del tórax o en las escápulas y comprobar que sea la piel fina, sin vello ni manchas.
- Limpiar la piel con la solución antiséptica, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 6 cm y esperar a que esté seca.
- Asegurar que no haya aire en la jeringa y empujar el émbolo hasta que vea aparecer la solución en el bisel.
- Tensar la piel con la mano no dominante tirando hacia arriba con el dedo pulgar o tensándola entre los dedos índice y pulgar para evitar molestias y que la aguja penetre en tejido subcutáneo.

- Colocar la jeringa de forma que la aguja quede paralela a la piel y con el bisel hacia arriba.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba en la dermis superficial formando un ángulo inferior a 15° y avanzar unos 2mm, con lo que el bisel queda visible bajo la superficie cutánea.
- Inyectar el fármaco, sin aspirar, comprobando que se forma pápula o vesícula.
- Repetir la operación a una distancia mínima de 10cm en los siguientes casos:
 - Si no aparece la vesícula
 - Si sangra la zona después de retirar la aguja
- Retirar suavemente la aguja con el mismo ángulo que se insertó, sin limpiar, frotar ni masajear la zona. El masaje tras la inyección puede dispersar la medicación.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Test de la Tuberculina (Mantoux) o pruebas de alergia

- Se utilizan pequeñas cantidades (0.01ml-0.1ml).
- La zona seleccionada para la aplicación debe estar rasurada, con escasa pigmentación.
- No debe aplicarse encima de una vena (la mejor zona es la región antecubital del antebrazo, a 4 dedos por encima de la articulación de la muñeca).
- administrar la inyección de tuberculina.
- Rodear con un rotulador la vesícula formada.
- Programar las fechas y horas de lectura de la prueba.
- Hacer la lectura a las 48 y 72 horas.
- Medir con una regla el diámetro de induración en mm:
 - No reacción: menor o igual a 5mm
 - Dudosa: 5mm 9mm
 - Positiva: superior o igual a 9mm
- Informar al paciente que no se lave, ni toque la zona de la punción hasta que no se realice la lectura de la prueba.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Asegurar la integridad y correctas condiciones del fármaco a administrar.
- Desechar los restos de medicamentos en el contenedor adecuado.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA	Z1-NSG-PO-1508 Revisión: A Página 653 de 1152
--	---	--

- Verificar durante la administración la formación de la pápula, ya que, si no se produce, el fármaco se habrá administrado incorrectamente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Guía de enfermería: buscador de recursos en la red sobre temas relacionados con Enfermería. [Internet] [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.guiadeenfermeria.com/>
- Botella C. Administración de fármacos por vía intradérmica. Centro Salud de La Laguna-Mercedes. [Internet] Servicio Canario de la Salud. [Acceso octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAdministraci%C3%B3n+por+v%C3%ADa+intrad%C3%A9rmica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382508&ssbinary=true>
- Arcos-López L, Arcos-Von Haartman C, Arenas-González F, Avila-Sánchez D, Avilés-Avilés JM, Benítez-Guerrero A et al. Actualización en Cuidados de Enfermería. Hospital General Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1090162810.planes%20de%20cuidados%20de%20enfermeria.pdf>
- Garay-Rubio T, Larrea-Aretzabaleta I, Urruela-Oliván M. Manual de Procedimientos de Enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA TÓPICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballester Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la piel y mucosas.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía cutánea.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación por vía cutánea.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Fármaco prescrito
- Guantes no estériles
- Batea
- Vendas o malla tubular elástica, si precisa
- Compresas o gasas, si precisa
- Protector absorbente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Comprobar que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Preparar el fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Asegurar la posición adecuada del paciente para la administración del medicamento. [PO-0401](#)
- Comprobar que la piel está limpia y seca.
- Limpiar la piel con agua y jabón neutro y secar cuidadosamente retirando residuos de medicamentos anteriores, si precisa.
- Aplicar el fármaco tópico según el tipo de preparado cutáneo:

Para la aplicación de polvos, cremas, pastas, pomadas, geles, espumas y lociones oleosas:

- Desechar una pequeña porción del fármaco, si éste está empezado.
- Aplicar una cantidad suficiente de medicamento con los guantes, gasas algún otro tipo de aplicador, dependiendo de la amplitud de la zona a tratar.
- Extender la medicación ejerciendo un suave masaje, si es preciso, hasta su absorción. Si la piel no está íntegra extender la medicación a "toques" sin frotar.

- Con una gasa limpia eliminar el exceso de crema, especialmente en las áreas donde tiende a depositarse (pliegues de grasa, debajo de las mamas, etc).
- Cubrir con gasas, si es preciso.
- Vendar o cubrir con malla tubular, si precisa.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Para los parches transdérmicos:

- Comprobar que la piel donde se va a aplicar el parche esté íntegra, limpia, seca y libre de vello.
- Rotar la zona de aplicación entre: tronco, parte inferior del abdomen, costado, zona lumbar o nalgas para evitar la irritación local.
- Despegar el film protector dejando expuesto el lado adhesivo y aplicar presionando el parche sobre el área de la piel elegida durante 20 segundos.
- Comprobar que los bordes estén adheridos firmemente a la piel.
- Retirar el parche en el momento adecuado plegando hacia dentro el lado que contiene medicación.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Las pomadas serán de uso individualizado. Identificar el envase con la etiqueta de identificación del paciente y la fecha de apertura.
- Al aplicar medicamentos transdérmicos (parches), tener en cuenta:
 - Administrar siempre a la misma hora, alternando las zonas de aplicación con el fin de no provocar irritación cutánea.
 - En caso de que exista vello, cortar previamente para facilitar la absorción del medicamento. Evitar rasurar.
 - Aplicar en las zonas corporales que indique la ficha técnica del medicamento o la prescripción médica.
- Si la piel de la zona de aplicación está intacta se usará guantes desechables, pero si existe rotura de la integridad de la piel, el procedimiento se realizará mediante técnica estéril.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad y caducidad de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar en las observaciones de enfermería la evolución de las lesiones, la zona de colocación de los parches transdérmicos y cualquier incidencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. [Internet]. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, 2009. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Servicio Andaluz de Salud, 2012. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballesteros Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA	Z1-NSG-PO-1510 Revisión: A Página 660 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
o	GRADOS

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través del tejido subcutáneo.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía subcutánea.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación por vía subcutánea.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Medicación prescrita
- Jeringa de 1 o 2 ml
- Aguja de cargar
- Aguja subcutánea
- Guantes no estériles
- Antiséptico
- Gasas no estériles
- Palomilla subcutánea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Comprobar que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Preparar el fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar jeringa con el nombre del fármaco y datos del paciente.
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Elegir la zona de punción considerando la movilidad del paciente, las condiciones de la piel, la comodidad y facilidad de acceso al lugar de inserción.
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la zona de punción.
- Desinfectar la zona de punción con una gasa impregnada de antiséptico con movimientos circulares de dentro hacia afuera.
- Coger un pliegue cutáneo entre los dedos índice y pulgar e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de 45°C.
- Aspirar con el fin de comprobar que no hemos pinchado ningún vaso sanguíneo, en ese caso desechar y repetir procedimiento. No aspirar en el caso de heparina o insulina.
- Introducir la medicación lentamente.

- Retirar la aguja y soltar el pliegue cutáneo.
- Aplicar ligera presión sobre la zona de punción.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Administración con hipodermoclisis

Hipodermoclisis es el método de administración de medicación y de fluidos, a través de tejido celular subcutáneo, mediante la colocación de una palomilla subcutánea. Se utiliza principalmente como vía de hidratación en perfusión continua, aunque también se puede utilizar para la administración de fármacos en bolo.

- Colocar la palomilla subcutánea fijándola con apósito transparente para controlar la zona de punción.
- Anotar la fecha de colocación.
- Después de administrar un bolo de medicación, introducir 0,5 ml de suero fisiológico para asegurar la administración total de la dosis.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Alternar la zona de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo.
- En pacientes obesos introducir la aguja por debajo del pliegue para llegar al tejido subcutáneo.
- No administrar inyecciones subcutáneas en zonas inflamadas o edematosas, con disminución de la perfusión periférica, con cicatrices o lunares, marcas de nacimiento u otras lesiones.
- Las zonas más frecuentes son:
 - Cara externa de los brazos
 - Cara externa del muslo
 - Abdomen
- Cuando en la administración de insulina se utilicen 2 preparados verificar que se pueden mezclar y, si es así, se cargará primero la insulina rápida y se administrará la mezcla antes de 5 minutos puesto que la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

- Administración de heparina:
 - Seleccionar zona de punción. Si es en el abdomen por encima de la espina iliaca anterior. La punción en brazos y piernas puede producir hemorragias locales.
 - Coger un pliegue de tejido e introducir la aguja perpendicular.
 - Introducir la heparina. En las jeringas precargadas introducir la burbuja de aire en su totalidad para asegurar la administración total de la dosis. No aspirar, puede producir hematomas.
 - No soltar el pliegue hasta la extracción de la aguja.
 - No aplicar masaje ni presionar tras la administración pues puede originar hematomas.
 - Utilizar el sistema de seguridad de las jeringas precargadas si lo tienen para disminuir el riesgo de punción accidental.
 - Variar la zona de punción.
- Las palomillas subcutáneas pueden mantenerse entre 4 y 7 días siempre que la zona de punción este en las condiciones adecuadas (ausencia de edema, irritación, enrojecimiento, hematomas, signos de infección local, induración).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería la medicación administrada, vía, fecha y hora e incidencias del procedimiento en caso de que las haya. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA	Z1-NSG-PO-1510 Revisión: A Página 664 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Garay T, Larrea I, Urruela M. Manual de procedimientos de enfermería [Internet]. 1ª ed. País Vasco: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Ballesta FJ, Blanes FV, Castells M, Domingo M, Fernández MA, Gómez FJ et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales [Internet]. 2nd ed. Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
- Administración de medicamentos por vía subcutánea [Internet]. 3ªed. Hospital Gregorio Marañón: Comunidad de Madrid; 2013. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_listado
- Florez CA, Romero A. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. [Internet] Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2011. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA RECTAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballester Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA RECTAL	Z1-NSG-PO-1511 Revisión: A Página 666 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la mucosa rectal.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía rectal.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación por vía rectal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Protector absorbente
- Lubricante, compatible con el medicamento
- Fármaco prescrito
- Gasas no estériles
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Preparar el fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar el protector de cama.
- Situar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada ó posición de Sims. [PO-0401](#)
- Cubrir al paciente con una sábana, exponiendo únicamente las nalgas.
- Realizar higiene anal, si es necesario. [PO-0805](#)
- Sujetar el fármaco con la mano dominante. Con la mano libre, separar las nalgas del paciente para exponer convenientemente el ano.
- Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.

- Según presentación:
 - Supositorios: introducir suavemente en el recto. Utilizar el dedo índice para hacerlo avanzar a lo largo de la pared rectal en dirección al ombligo, hasta sobrepasar el esfínter anal interno.
 - Pomadas, soluciones o espumas: introducir el aplicador previamente lubricado y exprimir lentamente el envase para eyectar la medicación.
- Retirar el aplicador y colocar una gasa en el ano para recoger el exceso de fármaco.
- Presionar los glúteos, una vez introducido el fármaco, el tiempo necesario para evitar su expulsión, si el paciente no lo puede realizar por sí mismo.
- Pedirle que permanezca tumbado unos 5 minutos y que no realice deposición durante al menos 20 minutos, a no ser que se trate de un laxante.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Para aumentar la consistencia de los supositorios guardarlos en la nevera.
- Respecto a la forma de introducción del supositorio, la bibliografía discrepa. En algunas citas se describe que se introduce por la parte cónica. En otras el supositorio se introduce por el lado plano, porque parece que mejora la absorción y se evita la salida del medicamento.
- Si hay que fraccionar el supositorio hacerlo longitudinalmente.
- Vigilar durante la técnica, la aparición de respuesta refleja vagal.
- Extremar las precauciones al administrar el fármaco, en caso de pacientes con patología cardíaca, trombopenia, cirugías recientes prostática o rectal, hemorroides, fístulas o cualquier otra patología anal.
- Si el paciente es autónomo, asegurarse que realiza adecuadamente el procedimiento.
- Los fármacos por vía rectal deben administrarse fuera del horario de las comidas (los laxantes antes).
- En caso de salida accidental o deposición valorar la absorción del medicamento.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA RECTAL	Z1-NSG-PO-1511 Revisión: A Página 669 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López F.J, Blanes-Compañ F.V., Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina M.A, Gómez-Robles F.J. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Citado marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Documentación de enfermería [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Citado marzo 2016]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPagina%2FHGMA_listado

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA VAGINAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ballesteros Delgado, Silvia Beltrán Vicente, Estela Sanz Franco, Esther Urcola Monreal, Alejandro	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA VAGINAL	Z1-NSG-PO-1512 Revisión: A Página 671 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cm	CENTIMETROS
----	-------------

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la vía vaginal.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía vaginal.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación por vía vaginal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Batea
- Compresas o gasas
- Material de higiene de los genitales (esponjas, jabón)
- Protector absorbente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Preparar el fármaco prescrito.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar a la paciente en posición ginecológica o de litotomía para la administración del medicamento. [PO-0401](#)
- Examinar estado del periné, genitales externos.
- Realizar higiene de los genitales. [PO-0805](#)
- Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.

Administración de óvulos:

- Sacar el óvulo del envoltorio.
- Introducir el óvulo por la parte redondeada en el canal vaginal metiendo el dedo en su totalidad (8-10 cm).
- Dejar a la paciente limpia, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Administración de cremas o pomadas:

- Rellenar el aplicador con la crema o pomada.
- Introducir el aplicador de 5-7 cm dentro del canal vaginal.
- Empujar el émbolo del aplicador para introducir la medicación.
- Retirar y desechar el aplicador.
- Limpiar restos que hayan quedado en los labios mayores con una gasa.
- Poner una compresa a la paciente.
- Dejar a la paciente limpia, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al facultativo.
- Las preparaciones intravaginales están disponibles como soluciones, óvulos, geles, espumas y anillos vaginales.
- Los óvulos deben guardarse en frío y colocarlos a temperatura ambiente unos minutos antes de la aplicación.
- Las pomadas serán de uso individualizado. Identificar el envase con la etiqueta de identificación del paciente y la fecha de apertura.
- Indicar a la paciente que se mantenga acostada 5 minutos tras la administración del medicamento.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA VAGINAL	Z1-NSG-PO-1512 Revisión: A Página 674 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Domingo-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Cobo-Rodríguez F, Frades-de la Viuda M, Martín-Sánchez B. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. [Internet] Córdoba: Servicio Andaluz de Salud. Area Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva; 2009. [Acceso noviembre 2016] Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA OFTÁLMICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA OFTÁLMICA	Z1-NSG-PO-1513 Revisión: A Página 676 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SF	SUERO FISIOLÓGICO
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la vía oftálmica.

OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita por vía oftálmica.

ALCANCE

Población con pautas de administración de medicación por vía oftálmica.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Colirio o pomada prescrito
- Ampolla de 10ml de SF
- Parche oclusivo (si lo precisa) y esparadrapo antialérgico
- Batea

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el fármaco y pauta de administración prescrita.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Poner fecha de apertura en el envase del medicamento, así como la etiqueta identificativa del paciente, ya que es de uso individual.
- Colocar al paciente sentado o en decúbito supino con el cuello en leve hiperextensión.
- Lavar el ojo con SF, de dentro hacia fuera.
- Secarlo con una gasa, utilizando una gasa para cada ojo.
- Desechar la primera gota o primera porción de pomada antes de instilar el tratamiento.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival.
- Aplicar el medicamento:
 - *Colirio*: instilar el número de gotas prescrito en el centro del fondo de saco conjuntival inferior e indicar al paciente que parpadee para su mejor distribución. Con una gasa, apretar el conducto lacrimal durante 30 segundos (para prevenir el rebosamiento hacia las vías nasales y faringe).

- *Pomada*: aplicar un cordón fino de pomada a lo largo del borde interno del párpado inferior desde el ángulo interno al externo e indicarle que cierre el ojo.
- Colocar apósito oftálmico si precisa.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Retirar las prótesis oculares y lentes de contacto si las tuviera, y colocarlas en un lugar adecuado, debidamente identificadas.
- El fármaco deberá estar a temperatura ambiente antes de su administración.
- Con respecto a los colirios, su período de caducidad, una vez abiertos es de un mes. Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos.
- Desechar la pomada que aparece en el extremo del tubo del medicamento.
- Enseñar al paciente/familia:
 - Las reacciones adversas, como visión borrosa, enrojecimiento inusual o irritación, en tal caso debe comunicárselo a su médico.
 - A administrarse la medicación, a no tocar el ojo con el aplicador del medicamento.
 - A mantener la medicación en un lugar seco y con baja iluminación.
 - A utilizar las gasas una para cada ojo y desde el ángulo interno hacia el externo.
 - En caso de colirio, desechar los frascos que presenten turbidez o residuos y pasado un mes desde su apertura.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella-Dorta C. Técnica de administración de medicamentos por vía oftálmica. [Internet] Canarias; 2002. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-medicamentos-por-via-oftalmica/#top>
- Administración de pomadas y gotas oftálmicas. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2012. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satelite?cid=11426040222&language=es&pageid=1142605665078&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FHOSP_Contenido_FA%2FHGMA_generico
- Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. [Internet] Sevilla: Hospital universitario Reina Sofía; 2010. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hsr3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt13_admon_medicacion_oftalmica.pdf
- Guía de actuación de Enfermería. Manual de procedimientos generales. Hospital la Fe. [Internet]. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto. [Acceso octubre 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/información//hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf

ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, Ma Carmen	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO	Z1-NSG-PO-1514 Revisión: A Página 681 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SF	SUERO FISIOLÓGICO
mg	MILIGRAMO
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Introducción en el torrente sanguíneo de hierro intravenoso de forma continuada, a través de un catéter insertado en una vena periférica.

OBJETIVOS

- Administrar la solución ferrosa minimizando el riesgo de complicaciones y los efectos adversos.

ALCANCE

Población que requiere tratamiento por déficit de hierro cuando los preparados orales no son efectivos o se precisa un aporte rápido del mismo.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material para canalización de vía intravenosa. [PO-1801](#)
- Pulsioxímetro
- Esfigmomanómetro
- Termómetro
- Carro de paradas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preguntar por antecedentes de alergias a fármacos, asma grave, embarazo o fiebre en la actualidad.
- Hacer hincapié en la importancia de notificar cualquier signo/síntoma no habitual que se manifieste durante su administración.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Canalizar vía periférica. [PO-1801](#)
- Control de constantes vitales 10 minutos antes de iniciar la perfusión.
- Antes de comenzar la perfusión de hierro endovenoso, deberemos tener en cuenta:
 - Hierro sacarosa:
 - Toma de constantes cada 15-30 minutos.
 - Disponer de corticoides y adrenalina, especialmente en la primera dosis.
 - En la primera infusión la dosis recomendada (100 o 200 mg) se diluye en 250 ml de SF, a pasar en 2 horas.
 - En las sesiones posteriores, si no hay reacciones adversas, se pueden perfundir: 100 mg en 100 ml o 200 mg en 250, a pasar en 30 minutos, según prescripción facultativa.

- Hierro carboximaltosa:
 - En la primera infusión, la dosis recomendada, 500 o 1000 mg, se diluye en 250 ml de SF, a pasar en 2 horas.
 - En las sesiones sucesivas, si no hay reacciones adversas, se podrán administrar: 500 mg diluidos en 100 ml de SF al 0,9% a pasar en 30 minutos, o 1000 mg en 250 ml de SF al 0,9% a pasar en 1 hora, según prescripción facultativa.
 - Mediante venoclisis:

Ferinject®	Hierro	Cantidad máxima de CLNa al 0,9%	Tiempo de administración mínimo
2 a <4ml	100 a <200mg	50ml	-
4 a <10ml	200 a <500mg	100ml	6 minutos
10 a 20ml	500 a <1000mg	250ml	15 minutos

- Control de constantes vitales al finalizar la perfusión.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No administrar por vía intramuscular ni subcutánea.
- Parar la perfusión ante cualquier signo o síntoma que indique una posible reacción de tipo alérgica, y notificar al facultativo responsable inmediatamente.
- El paciente deberá permanecer con la vía canalizada en la sala de administración del tratamiento, durante 30 o 60 minutos posteriores a la perfusión para comprobar que no existen reacciones alérgicas.
- Evitar la extravasación venosa (puede producir dolor, inflamación, necrosis tisular, absceso estéril y decoloración parda de la piel). Si ésta se produce, se deberá detener la perfusión.
- No administrar durante el 2º-3º trimestre de embarazo.
- Según la agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) "se debe prestar especial precaución en pacientes con alergias conocidas a otros medicamentos o con enfermedades inmunológicas o inflamatorias como son los pacientes con antecedentes de asma, eczema o pacientes atópicos".

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO	Z1-NSG-PO-1514 Revisión: A Página 684 de 1152
--	---	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Preparados de hierro de administración intravenosa y reacciones de hipersensibilidad: nuevas recomendaciones. [Internet] 2013. [Acceso septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
- Dosal A, Calvet X, Moreno L, López M, Figuerola A, Ruiz MA et al. Uso del hierro intravenoso en un hospital de día de aparato digestivo: indicaciones, dosificación y efectos adversos. Gastroenterol Hepatol. 2010; 33 (7): 479–483.
- Franco-García ME, Lozano-Ortín R, Morlanes-Navarro T, López-Lancis A, García-Enguita MP, Cebollero-Benito MP, Porras-Molina V. Protocolo clínico de uso de hierro carboximaltosa intravenoso en el hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. 2019.
- Gargallo-Planas B, Gangutia-Hernández S, Boned-Blas P, López-Gómez L. Protocolo de utilización Del hierro intravenoso. Alternativa a la transfusión de hematíes. Hospital Royo Villanova. Sector I. 2018.
- Mearin F, Balboa A, Castells A, Dominguez JE, Esteve M, García JA, Pérez J, Gomollón F, Panés J, Ponce J. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol 2010; 33: 605–613.
- Protocolo ferropenia endovenosa. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. [Internet]. Hospital La Inmaculada y Distrito A.P. Levante-Alto Almanzora. Junta de Andalucía. [Acceso septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/himnaculada/web/sevicio/mi/FICHEROS/HOSPITAL%20DIA%20Protocolo%20ferroterapia%20IV%20v4.pdf>
- Villa LF. Medimecum Guía de terapia farmacológica. Editorial Adis. Edición 2012. pp: 169-173



RECOGIDA
MUESTRAS

RECOGIDA MUESTRA DE ORINA **24 HORAS**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2015	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, Ma Carmen Pérez González, Ma Carmen Pérez Milla, Ma Ángeles Torres Andrés, Ma Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA 24 HORAS	Z1-NSG-PO-1601 Revisión: A Página 687 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICIÓN

Recogida de orina de 24h para la evaluación de la función renal y de las alteraciones en las vías urinarias.

OBJETIVOS

- Recoger la diuresis de 24h para realizar determinaciones diagnósticas en condiciones de asepsia.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio analítico de la orina de 24 horas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Batea
- Guantes no estériles
- Etiqueta identificativa
- Recipiente graduado recolector de orina de 2000ml
- Material necesario para realizar la higiene del paciente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Desechar la primera orina de la mañana en el inodoro cuando se levante (deberá anotar la hora de la micción desecheda).
- Recoger la orina emitida a lo largo de todo el día, incluyendo la primera orina de la mañana del día siguiente. La última orina recogida, deberá ser aproximadamente a la misma hora de la orina del día anterior que hizo en el inodoro.
- Etiquetar el frasco contenedor con datos del paciente.
- Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No es necesario ninguna restricción/modificación respecto a la dieta durante la recogida de orina.
- No beber más líquidos de los habituales, durante el período de recolección.
- No consumir alcohol.
- No debe orinar en el inodoro durante el proceso de recogida de toda la orina, debe recogerse en el recipiente.
- No realizar el examen de orina de 24 horas con la menstruación.
- El recipiente debe estar en un lugar fresco. Cuando la recogida termina, el recipiente debe ser llevado lo más pronto posible al laboratorio para su evaluación.

En pacientes ambulatorios

- Si sale del domicilio, llevará consigo el recipiente o no orinará hasta regresar al domicilio.
- Si tiene determinación de catecolaminas, pasar por el servicio de laboratorio para recoger documento informativo. [ANEXO 1601-I](#)

Determinación de catecolaminas:

- Pasar por el Laboratorio para que le añadan a uno de los dos frascos 10 ml de Ácido Clorhídrico 6 mol/L (aproximadamente 1ml de HCL en 9ml de H₂O destilada).
- No orinar directamente sobre el recipiente con el conservante (puede salpicar y producir quemaduras).
- Orinar sobre el recipiente limpio y estéril, vertiendo el contenido al frasco contenedor con el conservante.
- La orina debe ir depositándose en la nevera o en lugar bien frío (+4°C) durante las 24 horas que dura la recogida.
- Evitar la ingesta 4 o 5 días antes de la recogida de orina de alimentos con vainilla, chocolate, plátanos, piña, nueces, café, té, bebidas gaseosas, alcohol y tabaco.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre características de la orina, volumen total y respuesta del paciente, así como cualquier complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA 24 HORAS	Z1-NSG-PO-1601 Revisión: A Página 690 de 1152
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compaña FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wpcontent/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- SánchezCarrillo C, Guerrero-Gómez D. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de microbiología. Recogida, transporte y conservación de las muestras. 2ª Edición. Procedimientos de Microbiología Clínica. Recomendaciones de la SEIMC. 2003.

ANEXO 1601-I

DOCUMENTO INFORMATIVO AL PACIENTE AMBULATORIO SOBRE DETERMINACIÓN DE CATECOLAMINAS

PROCEDIMIENTO PRE-ANALITICO PARA LA CORRECTA RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS EN LA DETERMINACION DE CATECOLAMINAS

Preparar dos recipientes limpios con la suficiente capacidad para ir recogiendo las sucesivas micciones durante las 24 horas.

(COMPRAR FRASCOS DE ORINA 24 Horas EN FARMACIA)

Pasar por el Laboratorio para que le añadan a uno de los dos frascos 10 mL de Acido Clorhídrico 6 mol/L (aproximadamente 1 mL de HCL en 9 mL de H₂O destilada).

MUY IMPORTANTE!!!

**NO ORINAR DIRECTAMENTE SOBRE EL RECIPIENTE CON EL
CONSERVANTE. PUEDE SALPICAR Y HACER QUEMADURAS.**

**ORINAR SOBRE EL RECIPIENTE LIMPIO Y ESTÉRIL Y DESPUÉS
VERTER EL CONTENIDO AL FRASCO CON EL CONSERVANTE**

COMO RECOGER LA ORINA:

Al despertar por la mañana (por ejemplo, a las 8.00 h.), el paciente debe orinar en el baño desechando esta orina.

A partir de este momento, deberán guardar toda la orina emitida hasta la misma hora del día siguiente (en nuestro caso las 8.00 h. de la mañana), hora en que volverá a orinar y añadirá esta muestra al resto guardado.

Destacar que la orina debe ir depositándose en la nevera o en lugar bien frío (+4°C) durante las 24 horas que dura la recogida.

Recordar que debe mandarse al Laboratorio toda la cantidad de orina recogida durante las 24 horas, sin despreciar ninguna porción.

OBSERVACIONES: Evitar la ingesta 4 - 5 días antes de la recogida de orina de alimentos con vainilla, chocolate, plátanos, piña, nueces, café, te, bebidas gaseosas, alcohol y tabaco.

RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA ANALÍTICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2015	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA ANALITICA	Z1-NSG-PO-1602 Revisión: A Página 693 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
----	------------

DEFINICION

Recogida de muestra de orina para estudio analítico.

OBJETIVOS

Obtener volumen suficiente de orina en condiciones adecuadas para la determinación analítica.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio analítico de la orina.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Frasco contenedor de orina de 60ml
- Batea
- Pinza de clamp
- Jeringa de 10 ml
- Etiqueta identificativa
- Material necesario para realizar la higiene

EJECUCIÓN

Si el paciente es autónomo:

- **Hombres:**
 - Realizar higiene de manos y genitales.
 - Orinar con retracción del prepucio.
 - Desechar la primera y última porción de orina de la mañana, depositando el resto en el frasco contenedor.
 - Cerrar el frasco al terminar la micción.
 - Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
 - Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.
- **Mujeres:**
 - Realizar higiene de manos y genitales.
 - Desechar la primera y última porción de orina de la mañana, depositando el resto en el frasco contenedor.
 - Separar los labios vulvares con una mano y con la otra recoger la orina en el frasco contenedor.
 - Cerrar el frasco al terminar la micción.
 - Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
 - Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.

Si el paciente está encamado y es continente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Etiquetar la petición con datos del paciente.
- Etiquetar el frasco contenedor con datos del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Realizar higiene de genitales.
- Colocar la cuña o empapador absorbente.
- Verter la orina obtenida en el frasco contenedor.
- Cerrar el frasco contenedor.
- Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
- Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.

Si el paciente está encamado y es incontinente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Etiquetar la petición con datos del paciente.
- Etiquetar el frasco contenedor con datos del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocación de una sonda vesical evacuadora. [PO-0306](#)
- Verter la orina obtenida en el frasco contenedor.
- Cerrar el frasco contenedor.
- Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
- Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.

Si el paciente es portador de sonda vesical:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Etiquetar la petición con datos del paciente.
- Etiquetar el frasco contenedor con datos del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
 - Pinzar la bolsa de orina lo más próximo a la sonda vesical durante 30 minutos.
 - Colocación de guantes.
 - Limpiar el punto de extracción de muestras con Clorhexidina
 - Dejar secar.
 - Pinchar el punto de extracción del sistema colector con aguja+campana.
 - Aspirar 2-3 cc de muestra con tubo de recogida de orina.
- Verter la orina obtenida en el frasco contenedor.
- Cerrar el frasco contenedor.
- Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
- Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA ANALITICA	Z1-NSG-PO-1602 Revisión: A Página 696 de 1152
---	--	--

http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mppastor_92815.pdf

- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No tocar el interior del frasco.
- Comprobar que los recipientes con las muestras están perfectamente cerrados.
- Comprobar que los recipientes con las muestras están etiquetados.
- Cursar el recipiente al laboratorio, junto con la petición.
- Para evitar la contaminación de la muestra, NUNCA obtendremos la orina a través del grifo dista de la bolsa colectora.
- Indicar en la petición si el paciente está sometido a diuresis forzada, si es portador de sonda vesical, si está tomando antibióticos o cualquier información que pueda ser valorada.
- En caso de sonda vesical no conectada a bolsa de orina: retire el tapón de la sonda y tome la muestra dejando caer la orina directamente sobre el bote de recogida (evitar tocar el interior del contenedor).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre características de la orina, volumen total y respuesta del paciente, así como cualquier complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA ANALITICA	Z1-NSG-PO-1602 Revisión: A Página 697 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañía FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wpcontent/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Manual de toma de muestras de microbiología. Laboratorios Clínicos normas UNE-EN ISO 15189. Servicio Aragonés de Salud. 2017.
- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso febrero 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf

RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2015	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO	Z1-NSG-PO-1603 Revisión: A Página 699 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ml	MILILITROS
min	MINUTOS

DEFINICIÓN

Recogida de muestra de orina para cultivo de microorganismos.

OBJETIVOS

- Obtener volumen suficiente de orina para el cultivo.
- Obtener la muestra sin contaminación para un óptimo resultado diagnóstico.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio analítico de la orina para cultivo.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Batea
- Cuña
- Frasco contenedor de 60ml
- Tubo de orina
- Solución antiséptica, la clorhexidina al 2%
- 1 Jeringa de 10 ml
- Gasas/compresas estériles
- Etiqueta identificativa
- Bolsa colectora adhesiva para personas con incontinencia
- Material necesario para realizar la higiene

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante para fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Si el paciente es autónomo sin sonda vesical (Directa):

- Realizar higiene de los genitales, pero no secar. [PO-0805](#)
- Indicar al paciente que recoja en el contenedor estéril la 1ª orina del día (desechando la 1ª porción de la micción).
- Recoger entre 5-10 ml de orina.
- Cerrar el frasco inmediatamente sin tocar la parte interior.

Si el paciente está encamado sin sonda vesical:

- Efectuar lavado de genitales. [PO-0805](#)
- Secar con compresa estéril.
- Desechar guantes usados.
- Colocarse guantes estériles. [PO-0904](#)
- Aplicar antiséptico en el área genital.
- Indicar al paciente que inicie la micción.
- Desechar primera porción en cuña o botella.
- Situar el frasco estéril debajo del chorro de orina sin que toque los genitales.
- Recoger 20-30 ml.
- Tapar el bote y limpiar por fuera si ha quedado manchado.
- Identificar la muestra recibida y enviar a laboratorio con la petición cursada.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.

Paciente con sonda vesical:

- Efectuar lavado de genitales. [PO-0805](#)
- Secar con compresa estéril.
- Desechar guantes usados.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocar guantes estériles. [PO-0904](#)
- Para recoger la muestra de orina procederemos a pinzar la sonda vesical (máx 30 min).
- Limpiar el punto de extracción de muestras con Clorhexidina
- Dejar secar.
- Pinchar el punto de extracción del sistema colector con aguja+campana (cuando el sujeto indique que tiene ganas de orinar). Aspirar 10cc mediante la conexión del tubo.
- Identificar tubo y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Utilizar la primera orina de la mañana, si es posible.
- No recoger muestra de orina de la bolsa colectora.
- Comprobar que el recipiente con la muestra está perfectamente cerrado.
- Comprobar que el recipiente con la muestra está etiquetado.
- Enviar el recipiente al laboratorio, junto a la petición bien cumplimentada.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO	Z1-NSG-PO-1603 Revisión: A Página 702 de 1152
--	--	--

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre características de la orina, volumen total y respuesta del paciente, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Benito-Fernández F.J. Técnicas de recogida de orina en el lactante. En: Benito Fernández, F.J. y Mintegui Raso, S. (eds). Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. 3ª ed. Ergon. 2002, pp. 53-58.
- Martín-Ruiz G. Preanalítica de muestras de orina. Documento de consenso elaborado por aclaramiento (Grupo de trabajo de la asociación Castellano-Manchega de Análisis Clínicos). Versión revisada en noviembre de 2007.

RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETECTAR TÓXICO EN ORINA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2017	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra López López, M ^a Carmen Martín Calvo, Virginia Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETECTAR TÓXICO EN ORINA	Z1-NSG-PO-1604 Revisión: A Página 704 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

P.O.M.	POR ORDEN MÉDICA
UTP	UNIDAD DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD
ml	MILILITRO

DEFINICIÓN

Recogida de una muestra de orina para la determinación del consumo de sustancias tóxicas. Proporciona la detección cualitativa de los metabolitos de las diversas drogas en orina.

OBJETIVOS

- Determinar la adherencia del paciente al tratamiento.
- Determinar el abandono de los hábitos tóxicos que tenía con anterioridad.
- Valorar pautas de consumo y tipos de drogas que consume el paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente que precise de un estudio de la detección de drogas en su organismo.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Frasco contenedor de 60ml
- Guantes
- Nevera transportadora de muestras o batea
- Pegatinas identificativas del paciente
- Rotulador
- Volante de petición

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente, fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material:
 - Etiquetar la petición con datos del paciente.
 - Etiquetar el frasco contenedor con datos del paciente.
 - Rotular el frasco contenedor de orina en la tapa de color rojo con las letras TOX y la fecha del día de recogida.
 - Preparar la nevera transportadora o batea, junto con el volante de petición correspondiente debidamente cumplimentado.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Entregar el frasco contenedor de orina al paciente sólo cuando éste nos manifieste tener deseos de orinar (garantizando así la autenticidad de las muestras).
- Supervisar la recogida de la muestra de orina.
- Recepcionar la muestra y comprobar su correcto etiquetado.
- Enviar al servicio de laboratorio la muestra junto con el volante de petición.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETECTAR TÓXICO EN ORINA	Z1-NSG-PO-1604 Revisión: A Página 706 de 1152
--	---	--

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que la fecha del volante coincida con la fecha escrita en el frasco contenedor.
- Los frascos contenedores se entregarán en mano al paciente SÓLO cuando exprese su deseo de orinar.
- La recogida de orina para control de tóxicos en pacientes hospitalizados en la UTPCA, se hará en los siguientes momentos:
 - Tras salida grupal los miércoles por la tarde.
 - A la vuelta del permiso de fin de semana: sábado o domingo a las 20 horas.
 - O en cualquier otro momento que la enfermera tenga sospecha de que el paciente haya podido consumir sustancias.
- La recogida de orina para control de tóxicos en pacientes ambulatorios que vienen de forma periódica, existen pegatinas identificativas específicas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA DETECCIÓN DE TÓXICOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A ADICCIONES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2018	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Gonzalo García, Cielos Herrer Mambrona, Ana López López, M ^a Carmen Peralvarez Cubillo, Concepción Tomeo Ferrer, Mónica Torrellas Moreno, Dolores	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA DETECCIÓN DE TÓXICOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A ADICCIONES	Z1-NSG-PO-1605 Revisión: A Página 708 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

U.A.S.A	UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A ADICCIONES
---------	---

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA DETECCIÓN DE TÓXICOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A ADICCIONES	Z1-NSG-PO-1605 Revisión: A Página 709 de 1152
---	--	---

DEFINICIÓN

Recogida de una muestra de orina para la determinación del consumo de sustancias tóxicas. Proporciona la detección cualitativa de los metabolitos de las diversas drogas en orina.

OBJETIVOS

- Realizar un seguimiento de posibles consumos de sustancias.
- Valorar los hábitos de consumo y tipos de drogas que utiliza el paciente.
- Ayudar a mantener la abstinencia como parte del tratamiento de deshabituación que se desarrolla en la unidad.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente mayor de edad que se encuentra en el programa de desintoxicación en la UASA.

PERSONAL

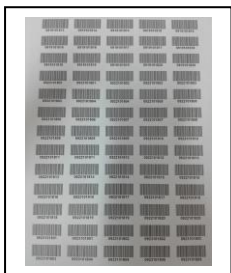
- TCAE
- Enfermera

MATERIAL

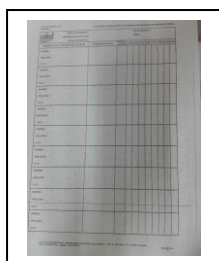
- Hojas y etiquetas de registro
- Archivador A-Z Block de etiquetas de identificación de los usuarios ordenadas alfabéticamente en carpetas
- Frasco contenedor de recogida de orina
- Tubos de recogida de orina
- Contenedor térmico para mantener la cadena de frío
- Guantes no estériles
- Consentimiento informado

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
 - Rotular/etiquetar (código de barras que contiene fecha y número de muestra) el tubo de orina:
 - Dos primeros números (09): Código del centro
 - Seis siguientes números (201018): Fecha realización de muestra
 - Últimos dos números (03): Número de muestra
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
 - Colocación de guantes. [PO-0902](#)
 - Comprobación de firma de consentimiento informado.



- Acompañar al paciente a la zona de recogida de muestra (baño separado en dos zonas por un cristal para que el personal pueda visualizar en todo momento la correcta realización de la técnica).
- Explicar al paciente que la muestra deberá ser recogida con supervisión (con objeto de evitar la manipulación de la muestra):
- Antes de recoger la muestra, el paciente habrá realizado la limpieza de manos y genitales.
- Pedir que la primera porción de orina no sea recogida. El paciente realizará el resto de la micción en un frasco contenedor y traspasará el contenido al tubo de orina.
- Recoger el tubo de orina entregado por el paciente.



- Registrar e identificar la muestra:
 - Colocar identificación del tubo de muestra (código de barras) en las hojas de registro que se entrega al paciente.
- Marcar en esta hoja de registro las sustancias tóxicas cuya determinación se solicita.
- Guardar la muestra de orina en frigorífico hasta su envío al laboratorio.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.

http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mpp_astor_11049.pdf

http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mp_pastor_92815.pdf

- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La TCAE es la responsable de la obtención y manipulación de las muestras para la realización de los controles de orina y en ausencia de ella será la enfermera.
- Visualización en todo momento del paciente a través del cristal, para que realice la técnica de forma correcta y garantizar la autenticidad de la muestra, evitando posibles adulteraciones y falsos negativos.
- Los martes, se realizarán las fotocopias de los registros que se han hecho durante la semana y se archivarán.
- Los miércoles se entrega en un contenedor de frío las muestras y las hojas de registro originales en recepción para su envío al servicio de laboratorio.
- Un resultado positivo solo indicará el consumo de la sustancia detectada, independientemente del nivel obtenido.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar el funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ORINA PARA DETECCIÓN DE TÓXICOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A ADICCIONES	Z1-NSG-PO-1605 Revisión: A Página 711 de 1152
--	--	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.

RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE OCULTA EN HECES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2015	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, Ma Carmen Pérez González, Ma Carmen Pérez Milla, Ma Ángeles Torres Andrés, Ma Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE OCULTA EN HECES	Z1-NSG-PO-1606 Revisión: A Página 713 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

g	GRAMOS
---	--------

DEFINICIÓN

Recogida de una porción de heces para determinar la presencia de sangre.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra óptima que permita determinar la presencia de sangre.
- Identificar la procedencia de la sangre para contribuir al diagnóstico.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio analítico de sangre oculta en heces.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Cuña
- Batea
- Guantes no estériles
- Etiqueta identificativa
- Espátula o depresor
- Hisopo
- Recipiente estéril
- Material necesario para realizar la higiene

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Rotular/etiquetar la muestra con datos del paciente (nombre, apellidos, nº historia clínica).
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Si el paciente es autónomo:

- Realizar higiene de los genitales. [PO-0805](#)
- Realizar la deposición en la cuña.
- Desenroscar el tapón verde del tubo.
- Pinchar en 4 sitios distintos y rascar las heces por la superficie de forma cruzada, hasta que los surcos o ranuras del bastón estén totalmente cubiertos por las heces.
- Deben recoger 3 muestras (de 3 deposiciones consecutivas).
- Poner el número de muestra, (1ª, 2ª o 3ª).
- Colocar el tapón verde del tubo y volver a roscar.
- No volver a abrir.

- Conservar el tubo en el frigorífico evitando la luz.
- Realizar higiene de los genitales. [PO-0805](#)
- Identificar recipiente y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición firmada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si el paciente está encamado:

- Colocar al paciente la torba.
- Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
- Limpiar y desinfectar la cuña.
- Volver a colocar la cuña al paciente.
- Desenroscar el tapón verde del tubo.
- Pinchar en 4 sitios distintos y rascar las heces por la superficie de forma cruzada, hasta que los surcos o ranuras del bastón estén totalmente cubiertos por las heces.
- Deben recoger 3 muestras (de 3 deposiciones consecutivas).
- Rotular el número de muestra (1ª, 2ª o 3ª).
- Colocar el tapón verde del tubo y volver a roscar.
- No volver a abrir.
- Conservar el tubo en el frigorífico evitando la luz.
- Realizar higiene de los genitales. [PO-0805](#)
- Identificar recipiente y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición firmada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que el recipiente con la muestra está perfectamente cerrado.
- Etiquetar el bote estéril, sin tapar el código de barras.
- Guardar la muestra en la nevera hasta obtener las 3 muestras.
- Repetir el proceso durante tres días consecutivos.
- Enviar el recipiente al laboratorio junto con el volante de petición
- No usar el dispositivo si el tapón está manipulado.
- No retirar el tapón blanco.

- Utilizar otro dispositivo si el sello está roto.
- En caso de diarrea, no debe efectuarse el test hasta que se restablezca la normalidad en la actividad intestinal.
- Anotar tratamiento del paciente (existen fármacos que pueden producir falsos positivos o hemorragias gastro-intestinales).
- Los días previos a la prueba, el paciente deberá evitar cárnicos o embutidos semi-crudos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre características de las heces, volumen total y respuesta del paciente, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Manual de toma de muestras de microbiología. Laboratorios Clínicos normas UNE-EN ISO 15189. Servicio Aragonés de Salud. 2017.

RECOGIDA MUESTRA DE HECES PARA CULTIVO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2015	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE HECES PARA CULTIVO	Z1-NSG-PO-1607 Revisión: A Página 718 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

g	GRAMOS
---	--------

DEFINICIÓN

Recogida de heces para su estudio microbiológico.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra de heces en cantidad y calidad suficiente para que permita su estudio microbiológico.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio microbiológico de las heces.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Cuña
- Batea
- Guantes no estériles
- Etiqueta identificativa
- Espátula o depresor
- Recipiente estéril
- Material necesario para realizar la higiene

EJECUCIÓN

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y al acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Rotular o etiquetar la muestra con los datos del paciente (nombre, apellidos, nº historia clínica, etc).
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Si el paciente es autónomo:

- Realizar higiene de genitales. [PO-0805](#)
- Realizar la deposición en la cuña.
- Recoger una cantidad del tamaño de una nuez ayudándonos de la espátula o depresor seleccionando las zonas que contengan moco, exudados y/o sangre.
- Si son heces líquidas, pueden recogerse directamente en el bote (con cuidado de no contaminar la muestra).
- No llenar el bote más de $\frac{3}{4}$ partes de la totalidad del contenedor estéril.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Si el paciente está encamado:

- Colocar al paciente la cuña.
- Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
- Limpiar y desinfectar la cuña.
- Volver a colocar la cuña al paciente.
- Recoger una cantidad del tamaño de una nuez ayudándonos de la espátula o depresor seleccionando las zonas que contengan moco, exudados y/o sangre.
- Si son heces líquidas, pueden recogerse directamente en el bote (con cuidado de no contaminar la muestra).
- Realizar higiene de los genitales. [PO-0805](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar la identificación de la muestra y remitirla a laboratorio para su correcta conservación con la petición firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que el recipiente con la muestra está perfectamente cerrado y etiquetado.
- Enviar un único coprocultivo por episodio, pudiendo repetirse posteriormente si precisa.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.
- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre características de las heces, volumen total y respuesta del paciente, así como cualquier complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE HECES PARA CULTIVO	Z1-NSG-PO-1607 Revisión: A Página 721 de 1152
--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañía FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wpcontent/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- Manual de toma de muestras de microbiología. Laboratorios Clínicos normas UNE-EN ISO 15189. Servicio Aragonés de Salud. 2017.

RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE PARA ANALÍTICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 03/2019	Fecha: 03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Del Río Román, Francisco Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE PARA ANALÍTICA	Z1-NSG-PO-1608 Revisión: A Página 723 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

g	GRAMOS
ml	MILILITROS

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE PARA ANALÍTICA	Z1-NSG-PO-1608 Revisión: A Página 724 de 1152
--	---	---

DEFINICIÓN

Extracción de una pequeña cantidad de sangre venosa/arterial para su posterior análisis.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra de sangre con cantidad y calidad óptimas para su estudio.
- Minimizar al máximo la cantidad de errores preanalíticos (muestras insuficientes, coaguladas, no identificadas, etc).

ALCANCE

Dirigido a toda la población que precise un estudio analítico de sangre.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Volante de solicitud correctamente identificado
- Vacutainer o Jeringa con aguja
- Compresor
- Guantes no estériles
- Solución antiséptica (alcohol de 70º o clorhexidina alcohólica 2%)
- Gasa
- Apósito
- Tubos para la recogida de sangre
- Etiquetas (código de barras) de número de petición

EJECUCIÓN

- Petición analítica donde se identifique: pruebas solicitadas, nombre, apellidos y nº de historia del paciente y el nombre completo del facultativo que realiza la solicitud. [ANEXO 1608-I](#) y [ANEXO 1608-II](#)
- Identificar con pegatinas de código de barra tanto el volante de solicitud como los tubos para la recogida de sangre que sean necesarios para realizar las determinaciones solicitadas.
- Identificar al paciente por su nombre y apellidos, comprobando que responde a los que indica su volante de petición.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar la higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocar los guantes. [PO-0902](#)

Extracción de muestras de sangre por venopunción:

- Situar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino y con el brazo en hiperextensión. [PO-0401](#)

- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta: estado general del paciente, edad, la cantidad de sangre necesaria y el estado de las venas.
- Colocar el compresor en el brazo del paciente, unos 10 cm por encima del lugar de venopunción.
- Realizar una limpieza aséptica de la piel con:
 - Alcohol de 70°: Se arrastra con una gasa haciendo círculos desde el centro a la periferia y dejar actuar durante 30 segundos. Dejar secar antes de proceder a la extracción ya que si no, puede provocar hemólisis (No apto cuando solicitan determinación de Alcohol en sangre).
 - Clorhexidina alcohólica 2%: Dejar secar 30-60 segundos.
- Colocar la aguja intravenosa en el vacutainer o en la jeringa.
- Fijar la vena con el pulgar.
- Introducir la aguja de 20-30° en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
- Cambiar el ángulo de la aguja si fuera necesario para facilitar el flujo de sangre.
- Conectar suavemente los tubos según el orden de llenado, dejando que se complete el volumen de cada tubo antes de retirarlo. [ANEXO 1608-III](#)
- Agitar los tubos suavemente un mínimo de 10 veces para que la mezcla del anticoagulante sea homogénea.
- Retirar el compresor.
- Retirar suavemente la aguja del brazo colocando una gasa en la zona de punción (no presionaremos hasta que hayamos retirado completamente la aguja).
- Indicar al paciente que presione la zona de punción durante 5/10 min.
- Desechar la aguja en el contenedor amarillo (material punzante).
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales cuando el paciente se encuentra ingresado.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
- Remitir los tubos y el volante de solicitud al laboratorio.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Extracción de muestras de sangre en paciente portador de catéter venoso periférico:

- Retirar el tapón de la válvula antireflujo y conectar la jeringa de 10ml.
- Extraer una cantidad de sangre de 8/10ml.
- Desechar la sangre y la jeringa.
- Conectar otra jeringa o sistema de extracción de vacío (vacutainer) a la válvula antireflujo.
- Conectar suavemente los tubos según el orden de llenado, dejando que se complete el volumen de cada tubo antes de retirarlo. [ANEXO 0608-III](#)
- Agitar los tubos suavemente un mínimo de 10 veces para que la mezcla del anticoagulante sea homogénea.
- Lavar el catéter con un vial de Fibrilin® (para limpiar el interior del catéter de precipitados sanguíneos).
- Conectar un tapón estéril en la válvula antireflujo.
- Si la extracción de sangre es con jeringa, introducir la sangre con una aguja en los tubos adecuados.
- Remitir los tubos y el volante de solicitud al laboratorio.

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos.[PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Escoger los tubos adecuados según los perfiles de análisis clínicos. [ANEXO 1608-I](#) y [ANEXO 1608-II](#)
- El llenado de los tubos se hará conforme lo requiera el vacío, por regla general tienen una marca que indica el nivel óptimo de llenado.
- Evitar la contaminación externa.
- Obtener la cantidad suficiente para cada frasco.
- El compresor se debe limpiar con frecuencia y sustituirlo si existe deterioro.
- El paciente debe abrir y cerrar la mano para favorecer la ingurgitación venosa.
- Se debe elegir una vena que no esté trombosada o cicatricial.
- Utilizar sólo sangre arterial cuando sea imposible extraerla de una vena.
- Transportar al laboratorio lo antes posible.

Determinación de lactato:

- Para evitar alteraciones de los niveles de Lactato tanto durante como después de recogerse la muestra sanguínea deben tomarse las precauciones siguientes:
 - Pacientes deben permanecer en ayunas y en reposo para permitir que las concentraciones de lactato alcancen un estado estacionario.
 - Las muestras venosas deben recogerse sin aplicar torniquete o inmediatamente después de la aplicación del mismo.
 - La muestra deberá llegar al laboratorio lo antes posible en un máximo de 15 minutos.

Determinación de amonio:

- Realizar la extracción tras haber estado un mínimo de 12 horas sin consumir tabaco.
- No realizar ejercicio físico en las horas previas a la extracción.
- Preguntar al paciente si está tomando fármacos como barbitúricos, diuréticos, etc. En caso afirmativo, se deberá indicar en el volante de petición.
- Realizar la extracción SIN torniquete o con la menor presión evitando también que el paciente abra y cierre el puño durante la extracción. La muestra que obtendremos es PLASMA y el anticoagulante idóneo es EDTA (TUBO MORADO)
- La hemólisis afecta a los resultados del AMONIO.
- Tratamiento de la muestra:
 - Realizar esta extracción en último lugar y avisar al laboratorio que hay una determinación de AMONIO.
 - Preparar un recipiente con hielo para transportar el tubo desde el lugar de extracción al laboratorio. El transporte se realizará nada más hacer la extracción sin pérdida de tiempo.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE SANGRE PARA ANALÍTICA	Z1-NSG-PO-1608 Revisión: A Página 727 de 1152
--	---	--

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Comprobar los container para el estudio de líquidos biológicos. [ANEXO 1608-II](#)

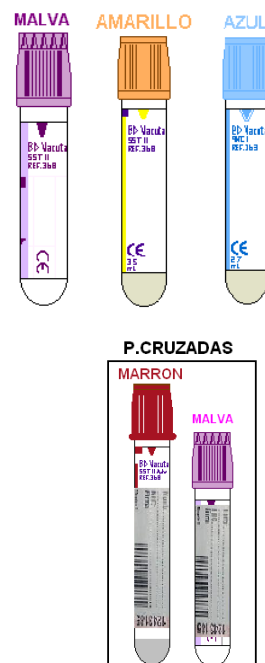
REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora, temperatura del paciente en el momento de extracción del primer hemocultivo e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso agosto 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- González-Oviedo F, López M. Protocolo: Obtención de muestra de hemocultivo. [Internet] [Acceso agosto 2016]. Disponible en: <http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/5-%20Protocolo%20-%20Obtenci%C3%B3n%20de%20Muestras%20de%20Hemocultivo.pdf>
- Procedimiento de enfermería para la extracción de hemocultivos. Servicio Andaluz de Salud. [Internet] [Acceso agosto 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/PROCED.%20HEMOCULTIVOS.pdf>

COLORES DE TUBOS



ANEXO 1608-II

CONTAINER PARA EL ESTUDIO DE LIQUIDOS BIOLOGICOS

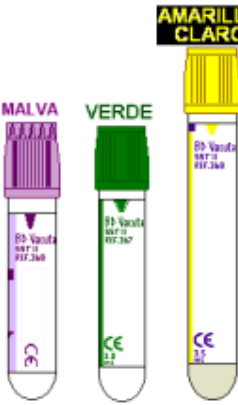
		CONTAINER PARA EL ESTUDIO DE LIQUIDOS BIOLOGICOS			
		LCR	ASCITICO	PLEURAL	SINOVIAL
PETICION DE:					
RECuento CELULAR	TUBO SECO CON ROSCA VERDE	TUBO EDTA	TUBO EDTA	TUBO EDTA o TUBO HEPARINA	
BIOQUIMICA		TUBO SECO CON ROSCA VERDE	TUBO SECO CON ROSCA VERDE	TUBO SECO CON ROSCA VERDE	
Ph		JERINGA CON HEPARINA	JERINGA CON HEPARINA	JERINGA CON HEPARINA	
MICROBIOLOGIA	CULTIVO AEROBIO	TUBO SECO CON ROSCA VERDE			
	CULTIVO ANAEROBIO	FRASCO NARANJA HEMOCULTIVO			
VOLANTES DE PETICION : TODAS PETICIONES TANTO DE BIOQUIMICA COMO DE MICROBIOLOGÍA QUE SE REALICEN A LIQUIDOS BIOLÓGICOS TIENEN QUE LLEGAR EN VOLANTE DEL HOSPITAL NUESTRAS SEÑORA DE GRACIA.					
 TUBO SECO CON ROSCA VERDE  FRASCO HEMOCULTIVO ANAEROBIO  TUBO HEPARINA (TAPE VERDE CON VACIO)  TUBO EDTA (TAPE MALVA CON VACIO)  JERINGA CON HEPARINA (GASOMETRIAS)					
Fase Pre-analítica Laboratorio Hospital Real Ntra. Señora de Gracia					

ANEXO 1608-III

ORDEN DE LLENADO DE LOS TUBOS PARA ANALÍTICA

HOSPITAL REAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Orden de llenado de los tubos para analítica

 ANAEROBIO AEROBIO HEMOCULTIVOS 1º	 AZUL CITRATO 2º	 AMARILLO MARRON SIN ADITIVOS 3º	 MALVA VERDE AMARILLO CLARO EDTA HEPARINA ACD 4º	 GASOMETRIAS 5º
--	--	--	---	--

RECOGIDA DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 03/2019	Fecha:03/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López López, Ma Carmen López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO	Z1-NSG-PO-1609 Revisión: A Página 732 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

g	GRAMOS
---	--------

DEFINICIÓN

Extracción de muestra sanguínea para determinar la presencia/ausencia de microorganismos patógenos.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra en cantidad y calidad suficiente para su estudio.
- Obtener información acerca del origen del proceso.
- Facilitar la instauración del tratamiento antimicrobiano óptimo.

ALCANCE

Dirigido a toda la población que requiera un estudio para identificar y realizar el estudio de sensibilidad de los microorganismos implicados.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Compresor
- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Material de extracción: jeringas de 20cc, agujas IV, vacutainer, palomillas con adaptador a sistema de vacío, dependiendo de la técnica a utilizar
- Solución antiséptica: clorhexidina alcohólica al 2%
- Gasas estériles
- Campo estéril
- Apósito
- Mascarilla
- 4 Frascos de hemocultivos:
 - 2 Aerobios (tapa azul)
 - 2 Anaerobios (tapa morada)
- Etiquetas identificativas
- Volante de Microbiología correctamente cumplimentado



EJECUCIÓN

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y al acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Rotular cada pareja de botellas de hemocultivos indicando 1º y 2º.

- Marcar con rotulador el volumen de llenado de sangre en la botella, calculando 10ml desde el volumen del medio de cultivo. Las botellas están graduadas de 5 en 5 ml, (no exceder el volumen de 15 ml por botella).
- Retirar el tapón de plástico a presión e inspeccionar la botella para detectar posibles roturas, contaminación, turbidez excesiva, dilatación o hundimiento de la membrana. NO UTILIZAR si se observa algún defecto.
- No tocar la membrana estéril. Si se produce una manipulación accidental, limpiar sólo con alcohol de 70º utilizar gasa estéril y dejar secar por completo.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino y con el brazo en hiperextensión. [PO-0401](#)
- Colocar el compresor en el brazo del paciente, unos 10cm por encima del lugar de venopunción.
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
- Colocación de guante no estéril para el examen y limpieza de la zona de venopunción.
- Aplicar sobre la zona, 1 ó 2 pulverizaciones de clorhexidina alcohólica al 2 %. No frotar. Dejar secar por completo, entre 30-60 segundos.
- No tocar la zona de venopunción tras la desinfección de la piel hasta la colocación de guantes estériles.
- Preparación aséptica del material.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Colocar campo estéril.
- Realizar la extracción garantizando el volumen determinado para cada botella. Se recomienda una cantidad de 8 a 10 ml por botella.
- Respetar orden de llenado, para evitar la entrada de aire al medio anaerobio.
 - Con jeringa y aguja: 1º anaerobio, 2º aerobio. Sin cambiar de aguja, inocular la sangre en la botella con la jeringa en posición vertical.
 - No cambiar la aguja para inocular la sangre en los frascos de hemocultivo.
 - Usar gasa estéril en el momento de extraer la aguja de la vena, para evitar la contaminación de la aguja con la que se inoculará la sangre en la botella.
 - Con palomilla y/o Vacutainer: 1º aerobio, 2º anaerobio respetando las marcas realizadas previamente con rotulador.
- Si se precisan otras muestras, extraer primero para hemocultivos y después para el resto de pruebas analíticas.
- Mover suavemente los frascos para mezclar el contenido y evitar la coagulación.
- Retirar el código de barras de cada botella y pegar por orden de extracción en el lugar del volante destinado para ello, indicando junto a los códigos 1º y 2º. Anotar en la petición fecha y hora de extracción.
- No tapar las botellas con gasas, tapones ni cualquier otro material.
- Enviar inmediatamente al laboratorio a temperatura ambiente. NUNCA REFRIGERAR NI CONGELAR.
- Con carácter general, lo óptimo es sacar dos hemocultivos simultáneos, preferiblemente una extracción de cada brazo. Si sólo disponemos de un brazo, realizar dos venopunciones diferentes en un intervalo aproximado de diez minutos.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar identificación de las muestras y cursar al laboratorio junto con el volante cumplimentado y firmado. Poner una etiqueta identificativa del paciente, sin tapar el código de barras de la botella. [ANEXO 1609-I](#)
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que el recipiente con la muestra está perfectamente cerrado.
- Evitar la contaminación externa.
- La extracción debe hacerse por venopunción y cada extracción de sitios anatómicos diferentes y mediante técnica estéril cada una de ellas.
- La extracción no debe realizarse a través de catéteres intravenosos o intra arteriales excepto, si se realiza en el momento de la inserción del mismo (en este caso se seguirán las mismas medidas de asepsia de piel y técnica estéril para la canalización de la vía).
- Utilizar sólo sangre arterial cuando sea imposible extraerla de una vena.
- Identificar correctamente. [ANEXO 1609-I](#)
 - Despegar la etiqueta con el código de barras de cada botella de hemocultivo, y pegarla en su zona del volante.
 - En el volante:
 - Poner la tarjeta identificativa del paciente, en la zona del volante de hemocultivos, preparado para tal fin.
 - No tapar nunca ni el código de barras ni los cuadros negros de las esquinas.
 - En el frasco:
 - Poner el nombre de la enfermera que realiza la extracción y la hora en que se realiza el proceso.
 - Poner una etiqueta identificativa del paciente, sin tapar el código de barras de la botella. [ANEXO 1609-II](#)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.
- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora, temperatura del paciente en el momento de extracción del primer hemocultivo e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO	Z1-NSG-PO-1609 Revisión: A Página 736 de 1152
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimiento para extracción de hemocultivos de Hospital Royo Villanova.
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia%20na.pdf>
- Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza 2005.
- González-Oviedo F, López M. Protocolo: Obtención de muestra de hemocultivo. [Internet] [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/5-%20Protocolo%20-%20Obtenci%C3%B3n%20de%20Muestras%20de%20Hemocultivo.pdf>
- Procedimiento de enfermería para la extracción de hemocultivos. Servicio Andaluz de Salud. [Internet] [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/PROCED.%20HEMOCULTIVOS.pdf>

- DESPEGAR LA ETIQUETA CON EL CODIGO DE BARRAS DE CADA BOTELLA DE HEMOCULTIVO Y PEGARLA EN SU ZONA DEL VOLANTE

IMPORTANTE!!! Poner una pegatina identificativa del paciente **"EN EL CUELLO DE LA BOTELLA"** de forma que sea legible la identificación del paciente.



ZONA DE CODIGO DE BARRAS QUE **NO** DEBE DE SER
TAPADA CON NADA

NO TAPAR NI MANIPULAR la membrana de silicona con nada (Gasas, esparadrapo, etc)
Transportar en mano al laboratorio lo antes posible. En el Laboratorio se sustituirán los
frascos usados por otros nuevos.

NO TAPAR CON NADA



ANEXO 1609-II

STOP A LA CONTAMINACIÓN

¿CÓMO OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE LOS HEMOCULTIVOS ?

“ La probabilidad de que el resultado de los hemocultivos positivos represente una bacteriemia verdadera aumenta cuando la muestra se obtiene adecuadamente ”.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

1. RECOGIDA DE MUESTRAS 1 hemocultivo = 2 botellas 1 aerobio + 1 anaerobio  Óptimo sacar 2 hemocultivos. Venopunciones diferentes. No esperar entre muestras. Volumen de sangre: 8 – 10 ml por botella  marcar volumen de llenado Pediatría: botella y volumen según peso ⚠ no usar catéteres insertados previamente ⚠ una extracción para cada hemocultivo	2. LIMPIEZA ASÉPTICA DE LA PIEL 1º Alcohol 70º Arrastre concéntrico con gasa estéril y alcohol. Dejar secar (30s)  2º Clorhexidina alcohólica 2% 1 ó 2 pulverizaciones. Dejar secar totalmente (30 – 60s) No frotar.  ⚠ guante estéril para palpar vena tras la asepsia ⚠ no hablar y/o usar mascarilla durante venopunción
3. PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN ✓ <u>Preparación aséptica del material.</u> Usar gasas y guantes estériles    ✓ <u>Retirar tape, no tocar.</u> ✓ <u>Respetar orden de llenado</u> 1º hemocultivos, 2º otras muestras con jeringa : 1º anaerobio, 2º aerobio sistema vacutainer: 1º aerobio, 2º anaerobio gasa estéril    ✓ <u>Homogeneizar las muestras</u> invirtiendo suavemente las botellas varias veces. ➢ <u>si se precisa canalizar vía y extraer hemoc., realizar la técnica siguiendo los pasos 2 y 3</u> ➢ <u>si se manipula la membrana de la botella</u> desinfectar sólo con <u>alcohol</u>.	4. IDENTIFICACIÓN Y TRANSPORTE ✓ <u>Petición de Microbiología.</u>  Petición correcta. Identificación paciente. Fecha y hora extracción. Pegar código de barras. Indicar por orden 1º y 2º. Marcar con x dentro ☐ los hemocultivos extraídos ✓ <u>Identificación de las botellas.</u> Colocar la <u>identificación del paciente</u> en el <u>cuello de cada botella.</u> Marcar en las botellas <u>1º y 2º</u> ⚠ NO CUBRIR: <u>el código de barras.</u> <u>ni la base de las botellas.</u>  No tapar las botellas. No guardar en nevera. Transportar en mano a laboratorio lo antes posible.

Proyecto de Mejora de Calidad para, evitar la contaminación de muestras y optimizar resultados en la técnica de extracción de hemocultivos en el Servicio de Urgencias del HRV, febrero 2016. Actualizado, marzo 2017.

RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS PERIANAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECODIDA MUESTRA DE FROTIS PERIANAL	Z1-NSG-PO-1610 Revisión: A Página 741 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SARM	STAPHILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA
GMR	GERMEN MULTIRRESISTENTE

DEFINICIÓN

Obtención de muestra de exudado rectal para cultivo. Es una herramienta útil en la identificación de bacterias o microorganismos que puedan causar enfermedad o síntomas gastrointestinales.

Es una de las muestras indicadas para la detección de portadores de *Staphylococcus aureus* (SARM) y otros como Enterobacterias, Enterococcus y Acinetobacter Baumannii.

OBJETIVOS

- Realizar un cultivo para análisis microbiológico.
- Obtener un tratamiento y/o diagnóstico específico.
- Aislar la infección y al paciente si fuera necesario, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de estar colonizada/infectada por un microorganismo.

PERSONAL

- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Hisopo de recogida de muestras

EJECUCIÓN

- Identificar el hisopo recolector de muestra (con los datos del paciente y nº de historia clínica) con la petición debidamente cumplimentada.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el envoltorio y destapar el tubo.
- Indicar al paciente que se acueste en decúbito lateral con el miembro inferior que está contra la cama, extendido y el otro flexionado.
- Separar los glúteos con una mano para visualizar el esfínter anal.
- Frotar el hisopo en la zona perianal, con movimientos giratorios para obtener la muestra.
- Introducir el hisopo nuevamente en el tubo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECODIDA MUESTRA DE FROTIS PERIANAL	Z1-NSG-PO-1610 Revisión: A Página 743 de 1152
--	---	---

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Para un correcto seguimiento del paciente infectado/colonizado por un GMR se recomienda solicitar:
 - Frotis nasal
 - Faríngeo
 - Perineal
- Es importante obtener la muestra antes de administrar cualquier tipo de medicación.
- Respecto al transporte y conservación de las muestras con medio de transporte, se mantendrán < 24 horas conservadas a temperatura ambiente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBIOGRAFÍA

- Cuevas O, Cercenado E, Goyanes MJ, et al. Grupo Español para el Estudio del Estafilococo. *Staphylococcus* spp. En España: situación y actual y evolución de la resistencia a antimicrobianos (1986-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26: 263-8.
- Álvarez-Lerma F. Impacto de las resistencias bacterianas sobre la política de antibiótica. *Med Intensiva*. 1998; 22: 17-23.
- Olmos A, Sánchez R, Navarro JC, Camarena JJ, Birlanga MJ, Nogueira JM. Eficacia del antibiotipado en la detección precoz de brote nosocomial de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM). *Resumen Sesiones nº 17. VII Reunión de la SEIMC*. Madrid. 1997.
- Gómez C, Stoduto P. Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multiresistentes. Cáceres: Servicio de Medicina preventiva del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres; 2012.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL	Z1-NSG-PO-1611 Revisión: A Página 744 de 1152
--	--	--

RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL	Z1-NSG-PO-1611 Revisión: A Página 745 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SARM	STAPHILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA
GMR	GERMEN MULTIRRESISTENTE

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL	Z1-NSG-PO-1611 Revisión: A Página 746 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Obtención de una muestra de secreción nasal para su cultivo posterior en el laboratorio. Es una de las muestras indicadas para la detección de portadores de *Staphylococcus aureus* (SARM).

OBJETIVOS

- Determinar/confirmar el tratamiento adecuado tras el correcto diagnóstico.
- Aislar la infección y al paciente si fuera necesario, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a toda la población ingresada en nuestro hospital susceptible de estar colonizada/infectada por un por un germen multirresistente.

PERSONAL

- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Guantes desechables
- Hisopo de recogida de muestras y tubo con medio de transporte
- Gasas

EJECUCIÓN

- Identificar el hisopo recolector de muestra (con los datos del paciente y nº de historia clínica) con la petición debidamente cumplimentada.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el envoltorio y destapar el tubo.
- Pedir al paciente que tosa y que mantenga la cabeza inclinada hacia atrás.
- Introducir un hisopo con suavidad desde la fosa nasal hasta la nasofaringe (2-3 cm), de forma paralela al paladar, retirándolo lentamente con movimientos de rotación.
- Utilizar el mismo hisopo en ambas fosas nasales. (Hay que tener precaución de no rozar las fosas nasales externas hasta llegar a la nasofaringe).
- Introducir el hisopo nuevamente en el tubo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL	Z1-NSG-PO-1611 Revisión: A Página 747 de 1152
---	--	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Para un correcto seguimiento del paciente infectado/colonizado por un GMR se recomienda solicitar:
 - Frotis nasal
 - Faríngeo
 - Perineal
- Es importante obtener la muestra antes de administrar cualquier tipo de medicación.
- La muestra nunca se deberá poner en contacto con antisépticos o desinfectantes.
- Anotar en la petición si hemos observado lesiones o costras a nivel nasal.
- Respecto al transporte y conservación de las muestras con medio de transporte, se mantendrán < 24 horas conservadas a temperatura ambiente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS NASAL	Z1-NSG-PO-1611 Revisión: A Página 748 de 1152
---	--	---

BIBIOGRAFÍA

- Cuevas O, Cercenado E, Goyanes MJ, et al. Grupo Español para el Estudio del Estafilococo. *Staphylococcus* spp. En España: situación y actual y evolución de la resistencia a antimicrobianos (1986-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26: 263-8.
- Álvarez-Lerma F. Impacto de las resistencias bacterianas sobre la política de antibiótica. *Med Intensiva*. 1998; 22: 17-23.
- Olmos A, Sánchez R, Navarro JC, Camarena JJ, Birlanga MJ, Nogueira JM. Eficacia del antibiotipado en la detección precoz de brote nosocomial de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM). Resumen Sesiones nº 17. VII Reunión de la SEIMC. Madrid. 1997.
- Gómez C, Stoduto P. Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multiresistentes. Cáceres: Servicio de Medicina preventiva del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres; 2012.
- Chernecky CC, Berger BJ. Culture, routine. In: Chernecky CC, Berger BJ, eds. *Laboratory Test and Diagnostic Procedures*. 6th ed. St Louise, MO: Elsevier Saunders; 2013: 409-411.

RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS FARÍNGEO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS FARÍNGEO	Z1-NSG-PO-1612 Revisión: A Página 750 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SARM	STAPHILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA
GMR	GERMEN MULTIRRESISTENTE
BLEE	BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS FARÍNGEO	Z1-NSG-PO-1612 Revisión: A Página 751 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Consiste en la toma de muestra del exudado faríngeo. Es una herramienta útil en la identificación de bacterias o microorganismos.

OBJETIVOS

- Realizar un cultivo de la muestra para el análisis microbiológico, tratamiento y/o diagnóstico.
- Aislar la infección y al paciente si fuera necesario, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de estar colonizada/infectada por un germen multirresistente.

PERSONAL

- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Guantes desechables
- Depresor sublingual
- Hisopo de recogida de muestras y tubo con medio de transporte

EJECUCIÓN

- Identificar el hisopo recolector de muestra (con los datos del paciente y nº de historia clínica) con la petición debidamente cumplimentada.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el envoltorio y destapar el tubo.
- Indicar al paciente que incline la cabeza hacia atrás con la boca bien abierta.
- Bajo visión directa y con la ayuda de un depresor sublingual, tocar con el hisopo en la faringe posterior (con movimientos rotatorios para impregnar bien el hisopo). No tocar nunca la mucosa oral, lengua o úvula.
- Introducir el hisopo nuevamente en el tubo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS FARÍNGEO	Z1-NSG-PO-1612 Revisión: A Página 752 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Para un correcto seguimiento del paciente infectado/colonizado por un GMR se recomienda solicitar:
 - Frotis nasal
 - Faríngeo
 - Perineal
- Es importante obtener la muestra antes de administrar cualquier tipo de medicación.
- Respecto al transporte y conservación de las muestras con medio de transporte, se mantendrán < 24 horas conservadas a temperatura ambiente.
- La muestra nunca se deberá poner en contacto con antisépticos o desinfectantes.
- El paciente no deberá asearse/lavarse la boca antes de la toma de la muestra.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE FROTIS FARÍNGEO	Z1-NSG-PO-1612 Revisión: A Página 753 de 1152
---	---	---

BIBIOGRAFÍA

- Cuevas O, Cercenado E, Goyanes MJ, et al. Grupo Español para el Estudio del Estafilococo. *Staphylococcus* spp. En España: situación y actual y evolución de la resistencia a antimicrobianos (1986-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26: 263-8.
- Álvarez Lerma F. Impacto de las resistencias bacterianas sobre la política de antibiótica. *Med Intensiva*. 1998; 22: 17-23.
- Olmos A, Sánchez R, Navarro JC, Camarena JJ, Birlanga MJ, Nogueira JM. Eficacia del antibiotipado en la detección precoz de brote nosocomial de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM). Resumen Sesiones nº 17. VII Reunión de la SEIMC. Madrid. 1997.
- Gómez C, Stoduto P. Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multiresistentes. Cáceres: Servicio de Medicina preventiva del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres; 2012.
- Nussenbaum B, Bradford CR. Pharyngitis in adults. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, eds. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015: chap 9.

RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO	Z1-NSG-PO-1613 Revisión: A Página 755 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

--	--

DEFINICIÓN

Obtención de una muestra de secreciones bronquiales del paciente para su posterior análisis. Permite el estudio, diagnóstico y seguimiento de numerosas enfermedades tanto pulmonares como sistémicas que cursen con afectación pulmonar.

El aspecto de estas secreciones es variable:

- Acuosas (líquidas e incoloras)
- Espumosas (que parecen livianas y contienen burbujas)
- Viscosas (que contienen un exudado mucoso, espeso y pegajoso).

OBJETIVOS

- Realizar un cultivo para análisis microbiológico.
- Obtener un tratamiento y/o diagnóstico específico.
- Aislar la infección y al paciente si fuera necesario, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de estar colonizada/infectada por un microorganismo.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Frasco contenedor de 60ml estéril
- Gasas

EJECUCIÓN

- Identificar el frasco contenedor (con los datos del paciente y nº de historia clínica) con la petición debidamente cumplimentada.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el frasco contenedor.
- Realizar la limpieza de dientes y encías con un dentífrico habitual y enjuagar con agua posteriormente, evitar colutorios.
- Acomodar al paciente en la cama, en un ángulo de 90°, o sentado en una silla.
- Tras la limpieza bucal, realizar inspiraciones profundas hasta provocar el acceso de tos, que el paciente deberá aprovechar para expulsar el esputo del árbol bronquial. [PO-0108](#)
- Depositar directamente la muestra de la boca en el frasco contenedor.
- Cerrar el frasco.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO	Z1-NSG-PO-1613 Revisión: A Página 757 de 1152
--	--	--

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida del esputo debe hacerse a primera hora de la mañana.
- Indicar al paciente que la noche anterior debe ingerir abundante agua, facilitará la obtención de la muestra.
- La saliva no sirve para el estudio.
- El paciente no deberá fumar en las 6h previas a la prueba.
- Pueden producirse pequeñas muestras de sangre durante la recogida de muestra.
- Es preferible realizar la toma antes de instaurar el tratamiento antibiótico.
- La muestra puede recogerse durante 3 días sucesivos, hasta obtener una muestra adecuada.
- Número de muestras y/o volumen
 - Es suficiente una muestra.
 - Volumen > 1ml.
- Transporte y conservación

Conservación:

 - A temperatura ambiente < 2 horas.
 - Refrigerado a 4°C < 24 horas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO	Z1-NSG-PO-1613 Revisión: A Página 758 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de las infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior. 2007.
- Manual SEPAR. Pruebas para el estudio de la inflamación de las vías aéreas. 2007.
- Guía del Servicio de microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Edición V. Granada. 2010.
- Manual de Recogida, Transporte y Conservación de Muestras de Microbiología. Servicio de Microbiología Complejo Hospitalario de Albacete. 2010.
- Brunner, L.S. y Suddart, D.S. (1989) Enfermería Médico-quirúrgica, VOL II, pp. 1020-1022. Inter-americana McGraw. Hill, México.

RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO INDUCIDO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2017	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López López, Ma Carmen López Rivera, Ma Elena Sesé Sanz, Ma Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO INDUCIDO	Z1-NSG-PO-1614 Revisión: A Página 760 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TBC	TUBERCULOSIS
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
S.F.	SUERO FISIOLÓGICO
cc	CENTÍMETROS CUBICOS
%	PORCENTAJE
l/m	LITROS POR MINUTO
°C	GRADOS CENTÍGRADOS
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Muestra de secreción de origen bronquial obtenida de pacientes que no producen expectoración y a los que se les induce a producirlo de forma no invasiva y segura con nebulizaciones de soluciones salinas hipertónicas.

El estudio celular en secreciones bronquiales puede resultar de gran utilidad en el tratamiento de pacientes con tos crónica, asma o limitación crónica del flujo aéreo.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra de esputo para examen microbiológico en pacientes de forma inducida.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de estar colonizada/infectada por un microorganismo que presenten dificultad para la expectoración.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Frasco contenedor de 60ml estéril
- Vaso con agua
- Gasas
- S.F. estéril al 0,9% y S.F. estéril al 20%
- Jeringa de 10 cc y aguja
- Nebulizador (cámara de Hudson)

EJECUCIÓN

- Identificar el frasco contenedor (con los datos del paciente y nº de historia clínica) con la petición debidamente cumplimentada.
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Abrir el frasco contenedor.
- Realizar la limpieza de dientes y encías con un dentífrico habitual y enjuagar con agua posteriormente, evitar colutorios.
- Acomodar al paciente en la cama, en un ángulo de 90°, o sentado en una silla.
- Explicar al paciente el procedimiento de administración del aerosol. [PO-0119](#)
- Preparar la solución salina hipertónica estéril al 3/10%:
 - Mezclar en la cámara de Hudson 1cc S.F. al 20% + 5cc S.F. al 0'9%.
- Conectar el nebulizador a la fuente de oxígeno (flujo de 6-8 l/m).
- Indicar al paciente que respire a través del dispositivo durante 15-20 minutos.

- Si el paciente siente ganas de toser, podrá retirar puntualmente la mascarilla.
- Tras la nebulización, facilitar una gasa al paciente para que se seque la nariz.
- Animar al paciente a que tosa con fuerza y realice una expectoración profunda.
[PO-0108](#)
- Puede ser útil para facilitar la expulsión del esputo utilizar drenaje postural (boca abajo y con hombros y cabeza más bajos que resto del cuerpo durante 10 minutos) o percusión torácica. [PO-0110](#)
- Depositar directamente la muestra de la boca en el frasco contenedor.
- Cerrar el frasco.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida del esputo debe hacerse a primera hora de la mañana.
- Indicar al paciente que la noche anterior debe ingerir abundante agua, facilitará la obtención de la muestra.
- La saliva no sirve para el estudio.
- El paciente no deberá fumar en las 6h previas a la prueba.
- Pueden producirse pequeñas muestras de sangre durante la recogida de muestra.
- Es preferible realizar la toma antes de instaurar el tratamiento antibiótico.
- Detener inmediatamente la prueba si observamos que el paciente comienza con tos intensa, sibilancias, disnea u opresión torácica.
- La muestra puede recogerse durante 3 días sucesivos, hasta obtener una muestra adecuada.
- Número de muestras y/o volumen
 - Es suficiente una muestra.
 - Volumen > 1ml.
- Transporte y conservación

Conservación:

 - A temperatura ambiente < 2 horas.
 - Refrigerado a 4°C < 24 horas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE ESPUTO INDUCIDO	Z1-NSG-PO-1614 Revisión: A Página 763 de 1152
--	---	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Diagnóstico microbiológico de las infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior; 2007. [internet]. [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia25.pdf>
- Manual SEPAR. Pruebas para el estudio de la inflamación de las vías aéreas; 2007. [internet]. [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
<https://issuu.com/separ/docs/procedimientos11>
- Guía del Servicio de microbiología. [Internet]. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Edición V Granada: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
https://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_72.pdf
- Manual de Recogida, Transporte y Conservación de Muestras de Microbiología. [Internet] Servicio de Microbiología Complejo Hospitalario de Albacete; 2010. [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
http://www.chospab.es/area_medica/microbiologia/docTomaMuestras/1_Manual_recogida_transporte_conservacion_muestras_microbiologia.pdf
- Procedimiento para la obtención del esputo inducido. [Internet] Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Hospital "La Inmaculada": Servicio Andaluz de Salud; 2014. [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
<https://formacionasunivep.com/files/actas/CICCS2015-vol2.pdf>
- González I, Herrero A. Manual de enfermería técnicas y procedimientos, 2012-2013, pp. 266-267.
- Brunner L.S. y Suddart D.S. (1989) enfermería médico-quirúrgica, VOL II, pp. 1020-1022. Interamericana McGraw Hill, México.

RECOGIDA MUESTRA DE
BRONCOASPIRADO EN PACIENTE
INTUBADO (BAS)

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 08/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE BRONCOASPIRADO EN PACIENTE INTUBADO (BAS)	Z1-NSG-PO-1615 Revisión: A Página 765 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

BAS	BRONCOASPIRADO
TET	TUBO ENDOTRAQUEAL
SARM	STAPHILOCOCCUS AUREUS
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
NE	NUTRICIÓN ENTERAL
cm	CENTÍMETROS
H ₂ O	AGUA
FIO ₂	FRACCIÓN INSPIRATORIA DE OXÍGENO
SpO ₂	SATURACIÓN DE OXÍGENO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE BRONCOASPIRADO EN PACIENTE INTUBADO (BAS)	Z1-NSG-PO-1615 Revisión: A Página 766 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Recogida de secreciones de las vías respiratorias mediante la introducción de un catéter de aspiración a través del tubo endotraqueal (TET), para realizar posteriormente un cultivo con el que se detectan organismos que puedan causar enfermedad.

OBJETIVOS

- Obtención, mediante técnica estéril, de una muestra de secreciones procedente del árbol bronquial para su análisis microbiológico, tratamiento y/o diagnóstico.
- Aislar la infección y al paciente si fuera necesario, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la recogida de un BAS para su posterior análisis, diagnóstico y tratamiento; como paciente intubado con fiebre sin foco y paciente intubado de larga estancia en UCI.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Aspirador de vacío
- Sondas de aspiración estériles
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla
- Lubricante en aerosol
- Ambú® conectado a fuente de oxígeno
- Suero Fisiológico y/o mucolíticos
- Monitor
- Sistema de aspiración para recogida de muestras.

EJECUCIÓN

Preparación del paciente

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar el funcionamiento del aspirador, ajustando la presión de aspiración entre 80-120 mmHg.
- Mantener el Ambú® próximo al paciente, conectado a una fuente de oxígeno a 15 litros/minuto.
- Colocar en posición semi-fowler si no hay contraindicación (30-40°). [PO-0401](#)
- Verificar que la fijación del TET sea segura.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE BRONCOASPIRADO EN PACIENTE INTUBADO (BAS)	Z1-NSG-PO-1615 Revisión: A Página 767 de 1152
--	---	--

Ejecución de la técnica

- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Elegir el calibre de la sonda adecuada (siempre 1/3 menor que el diámetro del tubo endotraqueal).
- Suspender nutrición enteral (NE) durante la aspiración.
- Comprobar presión del neumotapón antes/después de cada aspiración:
 - Continua: 25/30 cm H₂O
 - Manual: 30/35 cm H₂O
- Colocación de guantes estériles y mascarilla.
- Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.
- El personal TCAE abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración y el sistema de aspiración para recogida de muestras.
- Conectar el sistema de aspiración para la recogida de muestras:
 - Un extremo a la sonda de aspiración
 - Otro extremo al sistema de aspiración de vacío
- El personal TCAE lubricará la sonda de aspiración.
- Pre-oxigenar al paciente con una FiO₂ al 100% al menos durante un minuto, en pacientes sometidos a ventilación mecánica.
- Desconectar al paciente del respirador y/o fuente de oxígeno.
- Introducir la sonda a través del TET sin aspirar y con la mano estéril, empleando siempre movimientos rotatorios para evitar lesionar la mucosa.
- No avanzar más cuando se note resistencia.
- Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con un movimiento continuo, sin volver a introducirla.
- La aspiración no durará más de 10 segundos (como máximo se realizarán 3 aspiraciones).
- Comprobar la obtención de secreción en el contenedor de recogida de muestras.
- En caso de secreciones muy espesas, instilar suero fisiológico y/o mucolítico, a través del TET; ventilar dos o tres veces con Ambú®, y seguidamente aspirar.
- Si no se va a realizar otra aspiración por TET, desechar la sonda y aspirar suero fisiológico por el tubo o goma de aspiración.
- Comprobar que el paciente tiene una adecuada SatO₂.
- Ajustar la FiO₂ al valor inicial preestablecido, transcurrido un minuto tras la aspiración, si el respirador no lo hace de forma automática.
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio de microbiología de forma urgente, con la petición correctamente firmada.
- Conservar en frío de no ser posible su traslado inmediato.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos10022010 mppastor 92815>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE BRONCOASPIRADO EN PACIENTE INTUBADO (BAS)	Z1-NSG-PO-1615 Revisión: A Página 768 de 1152
--	---	--

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Mantener el Ambú® próximo al paciente.
- En el paciente hemodinámicamente inestable, la desconexión puede provocar una descompensación.
- En el paciente respiratoriamente inestable o conectado a respirador de alta frecuencia, que no tolera las desconexiones, la aspiración se realizará a través de la ventana del tubo coarugado.
- No deben cultivarse secreciones de traqueostomías, al ser colonizadas en las primeras 24h de su inserción por numerosas bacterias que no son causantes de la infección pulmonar.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido aspirado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Clemente FJ. Ventilación mecánica. Guía práctica para enfermería. [internet] 1ª ed. España; 2009. [Consultado marzo 2013]. Disponible en: <http://www.enfermeriarespira.es/>
- Ruiz-Moreno J, Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Rol; 2006.
- Esteban A, Martín C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª ed. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1996.
- Manual de toma de muestras de microbiología. Laboratorios Clínicos normas UNE-EN ISO 15189. Servicio Aragonés de Salud. 2017.

RECOGIDA MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDA MEDIANTE FROTIS CON HISOPO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa López López, M ^a Carmen Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDA MEDIANTE FROTIS CON HISOPO	Z1-NSG-PO-1616 Revisión: A Página 770 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDA MEDIANTE FROTIS CON HISOPO	Z1-NSG-PO-1616 Revisión: A Página 771 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Recogida del exudado de una herida para su estudio microbiológico.

OBJETIVOS

- Obtener una muestra del exudado de la herida en cantidad y calidad suficiente para determinar la presencia de microorganismos patógenos responsables del proceso infeccioso.
- Aislar la infección y al paciente si fuera preciso, y proceder a su tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de tener una herida infectada.

PERSONAL

- Enfermería
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Hisopo de recogida de muestras
- Suero fisiológico
- Gasas estériles
- Apósitos

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Rotular/etiquetar tubo para muestras con los datos del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Retirar el apósito externo de la herida.
- Lavar cuidadosamente la superficie de la herida con suero fisiológico.
- Abrir el envoltorio y destapar el tubo.
- Rechazar el pus para el cultivo, así como zonas necróticas y tejido desvitalizado, tomar la muestra de la parte más limpia.
- No frotar la lesión con fuerza para evitar sangrados.
- Girar el hisopo sobre los dedos realizando movimientos rotatorios.
- Recorrer con el hisopo los extremos de la herida en sentido de las agujas del reloj, abarcando diez puntos distintos de los bordes de la herida.
- Introducir el hisopo en el tubo estéril y cerrar.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDA MEDIANTE FROTIS CON HISOPO	Z1-NSG-PO-1616 Revisión: A Página 772 de 1152
---	--	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No aplicar antisépticos o desinfectantes antes de recoger la muestra.
- No deberán emplearse para cultivo las muestras de líquido obtenidas mediante frotis, ya que pueden detectar solo los contaminantes de superficie, teniendo un dudoso valor diagnóstico.
- Las muestras tomadas superficialmente con hisopo reflejan flora colonizante, pudiendo dar falsos positivos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDA MEDIANTE FROTIS CON HISOPO	Z1-NSG-PO-1616 Revisión: A Página 773 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión. Hospital Nuestra Señora de Gracia 2017.
- Tomás MM, Prieto F. Recogida, envío y conservación de muestras microbiológicas. [Internet] [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/microbiologia/muestras.htm>
- Procedimiento de recogida de muestra de exudado de herida. [Internet] [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/documentos/toma-de-muestras-laboratorio-microbiologia.pdf>
- Castro-Torres M. Manual de Procedimientos de Enfermería. 2003. [Internet] [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-es-50---20-preferences---10-0-1-00-0-0-11-1-0gbk-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH0110cf54a196496823e8424b.11.6>
- Protocolo de toma y transporte de muestras para microbiología. Hospital de Donostia. [Internet] [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo42MuestrasMicrobiologia.pdf
- Ayora-Torres P, Carrillo-Sánchez M, Donaire-Guarnido M A, López-Jiménez E, Romero-Castro B, Ruz-Ramírez J Segarra-Vall I, Turrado-Muñoz M A, Zayas-Navarro C. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. [Internet] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2003. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf

RECOGIDA MUESTRA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2018	Fecha: 04/2019	Fecha: 04/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Arroyo Ramos, Esther Cordovilla Esteban, Ana Ma López López, Ma Carmen López Rivera, Elena Sesé Sanz, María Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO	Z1-NSG-PO-1617 Revisión: A Página 775 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

LCR	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
ml	MILILITROS

DEFINICIÓN

Recogida de una muestra de líquido cefalorraquídeo para su estudio microbiológico mediante la introducción de una aguja o trocar en el espacio subaracnoideo de la columna vertebral, en la región lumbar.

OBJETIVOS

- Extraer LCR con fines analíticos, diagnósticos y terapéuticos.
- Prevenir posibles complicaciones durante y después de la técnica.

ALCANCE

Dirigido a toda la población susceptible de necesitar una extracción de LCR.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Campo estéril
- Bata estéril
- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Apósito estéril
- Solución antiséptica
- Jeringas de 5 y de 10ml
- Trocares de punción lumbar de diferente calibre
- Tubos secos para la recogida de la muestra del LCR
- Anestésico local

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Advertir al paciente que debe avisar en caso de sentir dolor intenso en las extremidades inferiores o en la zona inguinal.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición adecuada dependiendo del estado general y la tolerancia del paciente:
 - Decúbito lateral al borde de la cama con el cuello flexionado, aproximando el mentón al pecho y la espalda recta. Las rodillas deben de estar flexionadas sobre el abdomen y el paciente, si puede se las sujeta con las manos, sino le ayudaremos a mantener esta posición.
 - Sentado inclinándose hacia delante con los hombros relajados y brazos en el regazo.

- Indicar al paciente que no se mueva y respire suavemente.
- Limpiar la zona con un antiséptico, realizando movimientos circulares desde el centro hacia la periferia.
- Dejar secar.
- Aplicar un anestésico local.
- Colaborar con el facultativo en la técnica de punción, facilitando el paño estéril, guantes estériles y el trocar de punción lumbar.
- Preparar los tubos para la recogida de la muestra del LCR. [PO-1608](#)
- Valorar al paciente por si aparece palidez, sudor, hormigueo, cambios en el nivel de conciencia.
- Aplicar presión directa sobre la zona con una gasa estéril después de recoger las muestras y retirar el trocar.
- Colocar un apósito estéril en la zona de punción.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Comprobar el etiquetado de la muestra y remitir al laboratorio con la petición correctamente firmada.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El paciente deberá permanecer en decúbito prono sobre un plano horizontal durante al menos las dos primeras horas de la punción y las siguientes 8 horas en decúbito supino. [PO-0401](#)
- La tolerancia oral se iniciará tras la punción, aumentando la ingesta de líquidos para minimizar la aparición de cefalea.
- Vigilar la zona de punción por si aparece sangrado.
- Vigilar constantes vitales cada 30 minutos las primeras 2 horas y después cada 8 horas las primeras 24 horas.
- Vigilar las posibles complicaciones de la punción lumbar que pueden ser:
 - Punción hemorrágica
 - Infección
 - Síndrome post punción transitorio con cefalea, lumbalgia y dolor radicular.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2018]. Disponible en:
<http://wGuía de Actuación de Enfermería, Manual de Procedimientos Generales delanesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia na.pdf>
- Garay-Rubio, T. Larrea-Aretzabaleta, I. Urruela-Oliván, M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Basurto. [Internet] 1ª ed. Bilbao. Osakidetza: Hospital de Basurto; 2001. [Acceso octubre 2018]. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-20319/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/procedimientos_enfermeria.pdf
- Documentación de enfermería. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009. [Acceso octubre 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPagina%2FHHGMA_listado

RECOGIDA MUESTRA PARA ALCOHOLIMETRÍA POR AIRE ESPIRADO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2018	Fecha: 04/2018	Fecha: 05/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, Ma Carmen Martínez Planas, Isabel Tomeo Ferrer, Mónica	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I RECOGIDA MUESTRA PARA ALCOHOLIMETRÍA POR AIRE ESPIRADO	Z1-NSG-PO-1618 Revisión: A Página 780 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

S	SEGUNDO
---	---------

DEFINICIÓN

Determinación de la concentración de alcohol en el torrente sanguíneo mediante la medición del aire alveolar.

OBJETIVOS

- Identificar y verificar el consumo de alcohol.
- Valorar la adherencia del paciente al tratamiento.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente que sea susceptible de seguimiento por consumo alcohólico.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Equipo para la medición de alcohol en el aire alveolar: Alcotest® 7410 Plus o Alcotest® 6810
- Guantes
- Boquillas desechables de medición standar

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar una boquilla desechable en el soporte

En caso de usar el modelo Alcotest® 7410 Plus

- Pulsar la tecla para conectar el Alcotest® (botón lateral del alcoholímetro)
- Transcurridos de 10-30 s. se ilumina el piloto verde de preparado "READY" y suena un tono acústico breve (segunda luz en el frontal del alcoholímetro).
- Indicar al paciente que coloque su boca en la boquilla con los labios fruncidos alrededor de la misma para que quede bien sellado, evitando así fugas de aire.
- Indicar al paciente que inspire profundamente.
- Soplar a través de la boquilla de forma uniforme y sin interrupciones, hasta la indicación del personal.
- Una señal acústica constante nos indicará que la transmisión de aire ha sido correcta.
- A continuación, el piloto verde "READY" se apaga y la señal sonora desaparece.
- Apagar el aparato tras su uso presionando la tecla más de 2 s. y después de la señal de tono presionando la tecla dos veces.

- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

En caso de usar el modelo Alcotest® 6810

- Mantener pulsada la tecla OK durante aproximadamente 1 s. hasta que aparezca la pantalla inicial. Se realizará una autocomprobación.
- Al cabo de 2 s. aparece en pantalla: "ESPERAR".
- Al cabo de 6 s. aparece en pantalla: "LISTO" y suena una breve señal acústica. El piloto parpadea de color verde estando alcoholímetro listo para la medición.
- Indicar al paciente que coloque su boca en la boquilla con los labios fruncidos alrededor de la misma para que quede bien sellado, evitaremos así posibles fugas de aire.
- Indicar al paciente que inspire profundamente.
- Soplar a continuación a través de la boquilla de forma uniforme y sin interrupciones, se oirá una señal acústica continua y se encenderá el piloto verde.
- Cuando la muestra sea suficiente, se apaga el piloto verde y la señal acústica continúa.
- En pantalla aparece: "ESPERAR ANÁLISIS".
- Aparecerá el resultado de medición en la pantalla transcurridos 5-25 s.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar la presencia de vapores alcohólicos o de disolventes mientras se realiza la prueba.
- Realizar las mediciones transcurridos al menos 15 minutos desde la última ingesta de alcohol, los restos de alcohol en la boca pueden producir errores en las medidas.
- Evitar las inspiraciones y espiraciones bruscas reiteradas y hasta que se le indique.
- Asegurar el buen sellado de los labios en la boquilla.

CUIDADO DEL MATERIAL

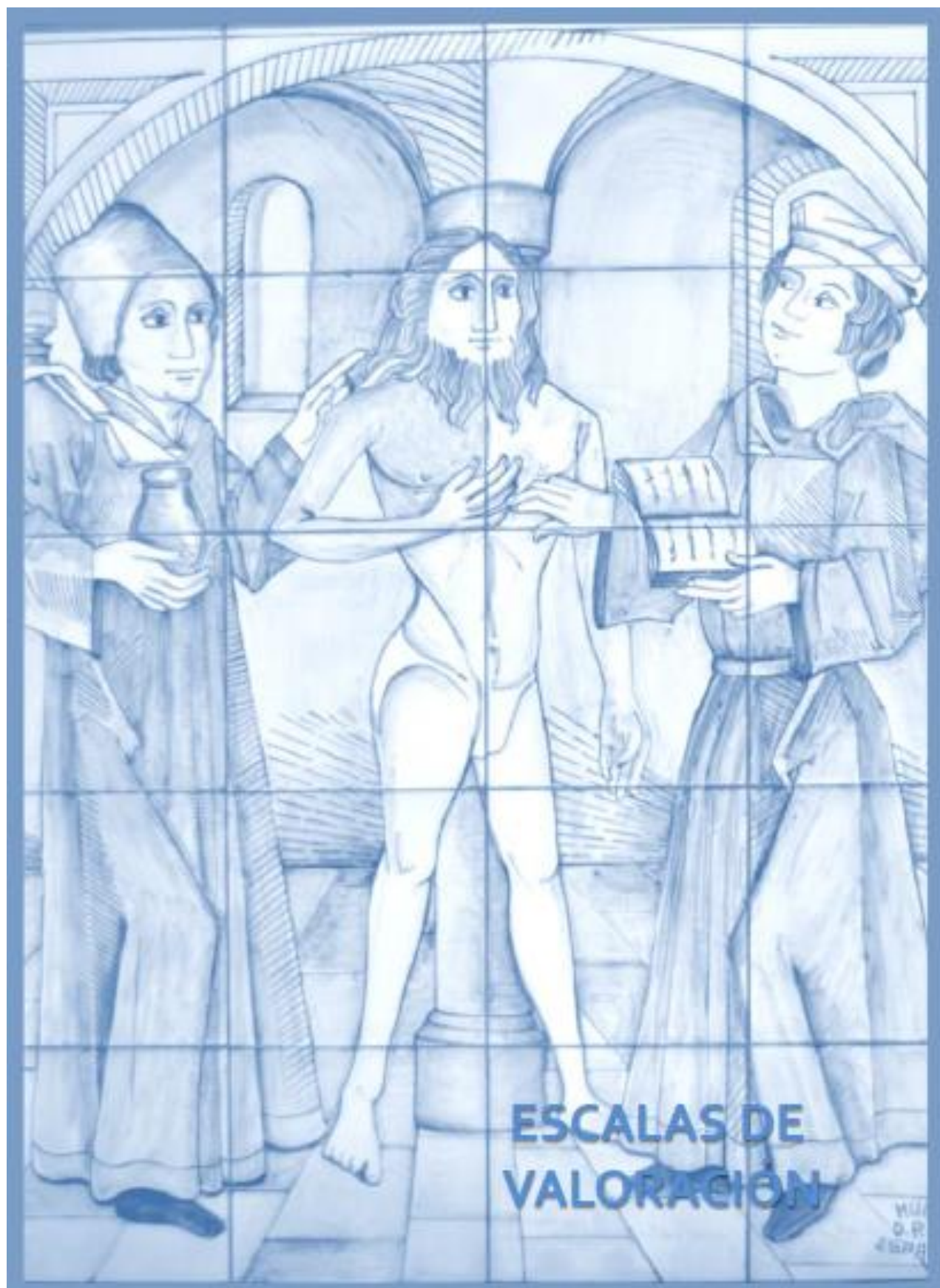
- Comprobar funcionamiento del material.
- Realizar la limpieza del material reutilizable según la normativa del centro.
- Enviar el instrumento de medición (alcoholímetro) a electromedicina cada 6 meses para su calibrado, portando una pegatina que verifica que esa revisión se ha llevado a cabo.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de funcionamiento Alcotest 7410 Plus. Drager.
- Manual de funcionamiento Alcotest 6810.



ESCALAS DE VALORACIÓN

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE GLASGOW

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Medición del nivel de conciencia del paciente mediante una escala validada. Esta escala de conciencia examina la capacidad neurológica del momento y su perfil evolutivo.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente.

ALCANCE

Dirigida a toda la población susceptible de precisar la valoración de su nivel de conciencia.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de Glasgow

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow. [ANEXO 1701-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Al valorar la respuesta motora, los estímulos se deben aplicar en ambos hemisferios en las extremidades superiores, anotando la puntuación más alta.
- Para la valoración del paciente se deben utilizar órdenes concretas y sencillas.
- Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow, avisar inmediatamente al médico.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Documentación de enfermería. Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow). [Internet] Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+\(escala+de+Glasgow\).pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+(escala+de+Glasgow).pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true)
- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ, et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. Valoración del nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>

ANEXO 1701-I

ESCALA DE GLASGOW

Respuesta ocular • Espontánea • A estímulos verbales • Al dolor • Ausencia de respuesta	4 3 2 1
Respuesta verbal • Orientado • Desorientado/confuso • Incoherente • Sonidos incomprensibles • Ausencia de respuesta	5 4 3 2 1
Respuesta motora • Obedece ordenes • Localiza el dolor • Retirada al dolor • Flexión anormal • Extensión anormal • Ausencia de respuesta	6 5 4 3 2 1

Puntuación: 15 Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE NORTON

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA DE NORTON	Z1-NSG-PO-1702 Revisión: A Página 791 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
TA	TENSION ARTERIAL

DEFINICIÓN

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión a través de una escala validada.

OBJETIVOS

- Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión.

ALCANCE

Dirigida a toda la población susceptible de padecer una úlcera por presión.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Norton.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Norton. [ANEXO 1702-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite.
- La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada uno de los ítems.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernández-Molina MA, Gómez-Robles FJ, et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valencia.pdf>

ANEXO 1702-I

ESCALA DE NORTON

E. FÍSICO GENERAL	E. MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	Ptos
Bueno - Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú - Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento - Temperatura corporal: 36 a 37°C - Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)	Alerta - Paciente orientado en tiempo, lugar y persona - Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles - Comprende la información	Ambulante - Independiente total - No necesita depender de otra persona - Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis	Total Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla	Ninguna - Control de ambos esfínteres - Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal	4
Mediano - Nutrición: persona que realiza tres comidas diarias. Toma más de la mitad del menú - Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa - Temperatura corporal: 37 a 37,5°C - Ingesta de líquidos: a 1.500 ml/día (5-7 vasos)	Apático - Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso - Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado - Obedece órdenes sencillas - Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante	Camina con ayuda La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de 3 puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas)	Disminuida Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos	Ocasional No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h	3
Pobre - Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú - Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa - Temperatura corporal: 37,5 a 38 °C - Ingesta de líquidos: 500 a 1.000 ml/día (3-4 vasos)	Confuso - Inquieto, agresivo, irritable, dormido - Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos - Cuando despierta responde verbalmente pero con discursos breve se inconexos - Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse - Intermitente desorientación en tiempo, lugar y persona	Sentado - La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón - La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica	Muy limitada Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos	Urinaria o fecal No controla uno de sus esfínteres permanentemente	2
Muy malo - Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú - Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento - Temperatura corporal: > 38,5 y < 35,5 °C - Ingesta de líquidos: < 500 a ml/día (< 3 vasos)	Estupor y/o comatoso - Desorientación en tiempo, lugar y persona - Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal - Nunca está totalmente despierto - Comatoso, ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja	Encamado - Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total) - Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc.)	Inmóvil Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla	Urinaria y fecal No controla ninguno de sus esfínteres	1
Valoración del riesgo: - De 5 a 11: riesgo alto - De 12 a 14: riesgo evidente - Puntuación mayor de 14: sin riesgo					

VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA BARTHEL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA BARTHEL	Z1-NSG-PO-1703 Revisión: A Página 796 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria.

OBJETIVOS

- Cuantificar la independencia en el autocuidado del paciente.

ALCANCE

Dirigida a toda la población que requiera de una valoración de su capacidad funcional.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de Barthel

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar el nivel de independencia en el autocuidado del paciente con la escala de Barthel. [ANEXO 1703-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite.
- La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA BARTHEL	Z1-NSG-PO-1703 Revisión: A Página 798 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Anexo IX. [Internet] [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

ANEXO 1703-I

ÍNDICE DE BARTHEL

M= Médico planta

E= Enfermera planta

RF= Unidad Recuperación Funcional

	M	E	M	RF
Día				
Mes				
Año				

ALIMENTACIÓN

INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento, en tiempo razonable.	10				
AYUDA. Para cortar, extender mantequilla, etc.	5				
DEPENDIENTE.	0				

BAÑO

INDEPENDIENTE. Se lava completo en baño o ducha. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.					
DEPENDIENTE.	0				

VESTIDO

INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda, se ajusta la ropa, ata zapatos.	10				
AYUDA. Necesita ayuda, menos la mitad de tareas las hace en un tiempo razonable.	5				
DEPENDIENTE.	0				

ASEO PERSONAL

INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, dientes, se afeita, etc.	5				
DEPENDIENTE.	0				

DEPOSICIÓN

CONTINENTE. No incontinencia. Si precisa enemas o supositorios, se arregla por sí sólo.	10				
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5				
INCONTINENTE.	0				

MICCIÓN

CONTINENTE. No incontinencia. Si necesita sonda o colector, se lo maneja sólo.	10				
INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales. Ayuda en la sonda.	5				
INCONTINENTE.	0				

USO DEL RETRETE

INDEPENDIENTE. Usa el retrete o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (barras de apoyo). Se limpia, quita y pone la ropa sin ayuda.	10				
AYUDA. Ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse/quitar la ropa.	5				
DEPENDIENTE.	0				

TRASLADOS SILLÓN-CAMA

INDEPENDIENTE. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace sólo.	15				
MÍNIMA AYUDA. Necesita mínima ayuda o supervisión.	10				
GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia en el traslado	5				
DEPENDIENTE	0				

DEAMBULACIÓN

INDEPENDIENTE. Puede caminar independiente al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas o andador sin ruedas.	15				
AYUDA. Puede caminar, al menos 50 metros pero necesita ayuda.	10				
INDEPENDIENTE CON SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla, al menos, 50 metros.	5				
DEPENDIENTE	0				

ESCALONES

INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin ayuda, aunque use instrumentos de ayuda como muletas, bastones o se apoye en las barandillas	10				
AYUDA. Necesita ayuda o supervisión.	5				
DEPENDIENTE	0				

TOTAL

VALORACIÓN:	100	Independencia	>65	Dependencia leve
	45-60	Dependencia moderada	20-45	Dependencia severa
	< 20	Dependencia total		

VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA EVA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Martínez Planas, M ^a Isabel Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA EVA	Z1-NSG-PO-1704 Revisión: A Página 801 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

EVA	ESCALA VISUAL ANALÓGICA
-----	-------------------------

DEFINICIÓN

Escala visual-analógica (EVA) graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor que describe el paciente.

OBJETIVOS

- Cuantificar la intensidad del dolor del paciente.

ALCANCE

Dirigida a todos los pacientes que requieran una valoración del dolor.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala EVA

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar la intensidad del dolor según la escala de EVA. [ANEXO 1704-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida de información se realizará a través de entrevista al paciente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Escalas de valoración del dolor. [Internet] [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
[Http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf](http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf)
- Guías de práctica clínica en el SNS. [Internet] [Acceso septiembre 2017]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/Anexo2_Escalas.pdf

ESCALA EVA

SIN DOLOR ----- MAXIMO DOLOR (INSOPORTABLE)

LEVE				MODERADO				INTENSO		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA CAM

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Martínez Planas, M ^a Isabel Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA CAM	Z1-NSG-PO-1705 Revisión: A Página 806 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CAM	CONFUSION ASSESSMENT METHOD
-----	-----------------------------

DEFINICIÓN

La valoración del paciente según los parámetros de la escala CAM, permite confirmar si el paciente presenta cambios en su estado mental que ayuden al diagnóstico precoz del Delirium o Síndrome Confusional Agudo.

OBJETIVOS

- Diferenciar de forma rápida y sencilla los signos del Delirium en un paciente.

ALCANCE

Dirigida a toda la población que requiera de una valoración de los cambios producidos en su estado mental para diagnosticar si son susceptibles de tener un Delirium o Síndrome Confusional Agudo.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Escala CAM

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración, siempre que se pueda.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar si el paciente presenta cambios en su estado mental según la escala CAM. [ANEXO 1705-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA CAM	Z1-NSG-PO-1705 Revisión: A Página 808 de 1152
--	---	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrera-Castro C. Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU (Confussion Assessment Method for intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del delirium en pacientes críticos. [Internet] Zaragoza: Hospital Ernst Lluch. Calatayud. Servicio Andaluz de Salud. INQUIETUDES, nº 47 enero-junio 2014, p. 18 Revisión de literatura. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1392894396.pdf>
- Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. [Internet] Madrid: Universidad complutense Madrid. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/METODO%20DE%20EVALUACION%20DE%20LA%20CONFUSION/ CAM_F.PDF

ANEXO I

ESCALA CAM

Escala diagnóstica de delirio

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

☐ SI ☐ NO si es NO, no seguir el test

2. Alteración de la atención

El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

☐ SI ☐ NO si es NO, no seguir el test

3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?

☐ SI ☐ NO

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, Letárgico, Estuporoso)

☐ SI ☐ NO

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA MEC DE LOBO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MEC DE LOBO	Z1-NSG-PO-1706 Revisión: A Página 811 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

MEC	MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO
-----	--------------------------

DEFINICIÓN

Prueba con la que se realiza una valoración neuropsicológica del grado potencial de deterioro cognitivo que pueda presentar el paciente.

Deterioro cognitivo es el grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención y concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz.

OBJETIVOS

- Detectar y evaluar la progresión del grado de deterioro cognitivo del paciente.

ALCANCE

Población que pueda presentar deterioro cognitivo y requiera una valoración neuropsicológica.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de MEC de Lobo (Versión reducida de 35 puntos)

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar al paciente según la escala MEC de Lobo. [ANEXO 1706-I](#)
- Tiempo de realización es de diez minutos.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Mini examen cognitivo MEC de lobo

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

- Orientación:
 - No se permite como respuesta correcta, la Comunidad Autónoma, para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).
- Fijación:
 - Repetir claramente cada palabra, dejando un segundo entre cada una.
 - Darle tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento.
 - Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar.
 - Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda.

- Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.
- Concentración y Cálculo:
 - Sustracción de 3 en 3. Si no lo entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir, pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.
 - Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente, dejando un segundo entre cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
- Memoria:
 - Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
- Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:
 - Semejanzas:
 - En las semejanzas perro - gato las respuestas correctas son animales de igual características.
 - Órdenes verbales:
 - Pedir al paciente que coja el papel con la mano derecha y que lo doble por la mitad.
 - Si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.
 - Lectura:
 - Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.
 - Pedir al paciente que lea en voz alta la frase que se le muestre.
 - Escritura:
 - Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.
 - Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente.
 - Dibujo:
 - Pedir al paciente que copie el dibujo.
 - Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.
- Recoger el material.
- Realizar higiene de manos. PO-0901

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.
- Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales.
- No explora todas las áreas cognitivas.

Rango de puntuación 0–35

- Pacientes GERIÁTRICOS(> de 65 años), punto de corte 23/24.
 - Deterioro: ≤ 23
 - No deterioro: ≥ 24
- Pacientes NO GERIÁTRICOS punto de corte 27/28.
 - Deterioro: ≤ 27
 - No deterioro: ≥ 28

- Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

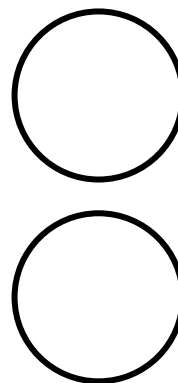
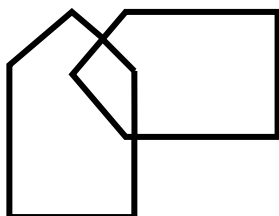
- López-Miquel J, Martí-Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Revista Española Medicina Legal 2011; 37:122-7 - DOI: 10.1016/S0377-4732(11)70075-X. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-mini-examen-cognoscitivo-mec--S037747321170075X>
- Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079). [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf
- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Anexo IX. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MEC DE LOBO	Z1-NSG-PO-1706 Revisión: A Página 815 de 1152
--	---	--

ANEXO 1706-I

MINI EXAMEN COGNITIVO MEC DE LOBO

Paciente.....Edad..... Ocupación.....Escolaridad.....Examinado por.....Fecha.....	
ORIENTACIÓN Dígame El día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... "Dígame el Hospital (o el lugar)Planta..... Ciudad.....Provincia....."	Ptos 5 5
FIJACIÓN Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (Repítalas hasta que se las aprenda)	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? Repita estos tres números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás	5 3
MEMORIA ¿Recuerda las tres palabras de antes?	3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj. Repita esta frase: En un trigal había cinco perros. Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Que son un perro y un gato? Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS. Escriba una frase. Copie este dibujo.	2 1 2 3 1 1 1 TOTAL 35



VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE PFEIFFER

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA DE PFEIFFER	Z1-NSG-PO-1707 Revisión: A Página 817 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Prueba de screening para detectar el grado de deterioro cognitivo en pacientes. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Deterioro cognitivo es el grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención y concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz.

OBJETIVOS

- Detectar y evaluar el trastorno cognitivo del paciente.

ALCANCE

Población con sospecha de trastorno cognitivo y en población anciana.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala del Test de Pfeiffer

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Realizar el test de Pfeiffer [ANEXO1707-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El tiempo de realización es rápido, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.
- Valorar varias funciones mediante 10 ítems: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo.
- Se adjudica un punto por cada error.
- Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.

Rango de puntuación

Se puntúan los errores, 1 punto por error. Puntuación máxima: 8 errores

- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Nivel educativo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un error menos.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Anexo IX. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>
- Escalas de valoración del dolor. SPMSQ de Pfeiffer. Documentos. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en: [www.1aria.com](http://www.1aria.com/docs/sections/ayudaRapida/ayudaDiagnostico/ESCALAS%20DE%20VALORACION%20DEL%20DOLOR.%20SPMSQ%20de%20Pfeiffer.pdf).
<http://www.1aria.com/docs/sections/ayudaRapida/ayudaDiagnostico/ESCALAS%20DE%20VALORACION%20DEL%20DOLOR.%20SPMSQ%20de%20Pfeiffer.pdf>

ANEXO 1707-I

TEST DE PFEIFFER

PREGUNTA	ERROR
Día de la semana	
Fecha	
¿Dónde estamos?	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Teléfono / dirección	
Presidente de gobierno actual	
Presidente de gobierno anterior	
Nombre de su madre	
Cuenta en descenso desde 20 de 3 en 3	

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA LAWTON Y BRODY

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA LAWTON Y BRODY	Z1-NSG-PO-1708 Revisión: A Página 822 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

AIVD	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
------	--

DEFINICIÓN

Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades instrumentales, éstas son más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y necesarias para vivir de manera independiente.

OBJETIVOS

- Detectar y evaluar la capacidad AIVD

ALCANCE

Población que pueda presentar deterioro en las AIVD y requiera una valoración funcional.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de Lawton y Brody

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Realizar la escala de Lawton y Brody. [ANEXO 1708-I](#)
- La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal.
- El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.
- Valorar 8 ítems, y se les asigna un valor numérico:
 - 1 independiente
 - 0 dependiente
- La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Esta escala permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.
- Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.
- Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.
- Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes ingresados en el hospital por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del hospital.

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA LAWTON Y BRODY	Z1-NSG-PO-1708 Revisión: A Página 824 de 1152
---	--	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_anexos_pluri.pdf
- Escala de actividades instrumentales de la vida diaria. Escala de Lawton y Brody. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<https://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp>
- Escala de Lawton y Brody para las actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD). [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
http://fisioterapiayterapiaocupacional.blogspot.com.es/2013/10/escala-de-lawton-y-brody-para-las.html#.WMbMkW81_IU

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA LAWTON Y BRODY	Z1-NSG-PO-1708 Revisión: A Página 825 de 1152
--	--	--

ANEXO 1708-I

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Teléfono	Uso voluntario	1
	Marca números de familiares	1
	Sabe contestar pero no marcar	1
	No usa	0
Compras	Independiente	1
	Realiza pequeñas compras	0
	Necesita ayuda para cualquier compra	0
	Incapaz de comprar	0
Cocinar	Independiente	1
	Cocina si le proporcionan los ingredientes	0
	Cocina sin seguir una dieta adecuada	0
	Dependiente	0
Casa	Independiente (ayuda con tareas pesadas)	1
	Tareas ligeras (llevar platos, hacer camas)	1
	Tareas ligeras. Nivel de limpieza inadecuado	1
	Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
	No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavadora	Lava su ropa	1
	Lava pequeñas prendas	1
	Otra persona se encarga de lavar la ropa	0
Transportes	Viaja solo en transporte público o en su coche	1
	Sólo taxi	1
	Usa el transporte público si va con otra persona	1
	Usa taxi o coche sólo con ayuda	0
	No viaja	0
Medicación	Controla los tiempos y las dosis	1
	Toma la medicación si le preparan las dosis	0
	Dependiente	0
Economía	Independiente	1
	Necesita ayuda con temas bancarios	1
	Dependiente	0
TOTAL		

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA TINETTI

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA TINETTI	Z1-NSG-PO-1709 Revisión: A Página 827 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

La escala de Tinetti valora la marcha y el equilibrio del adulto utilizando la observación directa y puntuando la capacidad de ejecución de acciones específicas para determinar precozmente el riesgo de caída.

OBJETIVOS

- Valorar el equilibrio y la marcha.
- Valorar la evolución de:
 - Personas que inician reentrenamiento de la marcha.
 - Habilidades concernientes con el equilibrio.
 - Programas de prevención de caídas.
 - La indicación de la necesidad de dispositivos de ayuda para la marcha o de adaptaciones ambientales, para minimizar el riesgo y favorecer la independencia funcional.

ALCANCE

Población con riesgo de caída.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de Tinetti

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- El tiempo de realización es de unos 8 a 10 minutos.
- Realizar en primer lugar la pregunta ¿Teme usted caerse?
- Realizar la valoración del paciente según escala de tinetti. [ANEXO 1709-I](#)
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Equilibrio

- Colocar una silla dura y sin brazos contra la pared.
- Permanecer de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).
- Dar instrucciones al paciente para que siga las siguientes maniobras:
 - Sentarse en la silla y evaluar la capacidad de equilibrio.
 - Levantarse y comprobar que lo puede hacer sin ayuda.
 - En esta misma posición se realizan otras pruebas

Marcha

- Caminar junto al paciente.
- La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El suelo debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

El tiempo de administración es rápido, ya que tan solo requiere de 8 a 10 minutos.

Puntuación

- La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.
- Puntuación total de la marcha (máx. 12).
- Puntuación total de equilibrio (máx. 16).
- Puntuación total general (máx. 28).
- La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

Interpretación:

- Menos de 19: riesgo alto de caídas
- De 19 a 24: riesgo bajo de caídas

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Para evaluar equilibrio y marcha, escala de Tinetti modificada. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<http://fisioterapiayterapiaocupacional.blogspot.com.es/2013/10/para-evaluar-equilibrio-y-marcha-escala.html>
- Escala Tinetti para el equilibrio y la marcha. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-tinetti.html>
- Escala de Tinetti. Central civil de enfermeras. [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en:
<http://www.centraldeenfermeras.com.mx/index.php/noticias/782-sabes-lo-que-es-la-escala-de-tinetti>

ANEXO 1709-I

TEST DE TINETTI

EQUILIBRIO el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos	Ptos
1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza de la silla	0
Está estable y seguro	1
2. Levantarse de la silla	
Es incapaz sin ayuda	0
Se debe ayudar con los brazos	1
Se levanta sin usar los brazos	2
3. En el intento de levantarse	
Es incapaz sin ayuda	0
Es capaz pero necesita más de un intento	1
Es capaz al primer intento	2
4. Equilibrio de pies (los primeros 5 segundos)	
Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)	0
Estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse	1
Estable sin soporte o auxilios	2
5. Equilibrio de pie prolongado	
Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)	0
Estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10cm) o usa auxiliar	1
Estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios	2
6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)	
Comienza a caer	0
Oscila, pero se endereza solo	1
Estable	2
7. Romberg (con los ojos cerrados e igual que el anterior)	
Inestable	0
Estable	1
8. Girar en 360°	
Con pasos discontinuos o movimientos no homogéneo	0
Con pasos continuos o movimiento homogéneo	1
Inestable (se sujeta, oscila)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro	0
Usa los brazos o tiene movimiento disminuido	1
Seguro, movimiento continuo	2
Puntaje equilibrio	/16

MARCHA (El paciente está de pie, debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios)	Ptos
10.Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)	
Con una cierta inseguridad o m3s de un intento	0
Ninguna inseguridad	1
11.Longitud y altura de paso	
Pie derecho	
Durante el paso el pie derecho no supera el pie izquierdo	0
El pie derecho supera el pie izquierdo	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo	0
El pie derecho se levanta completamente del suelo	1
Pie izquierdo	
Durante el paso el pie izquierdo no supera el pie derecho	0
El pie izquierdo supera el pie derecho	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo	0
El pie izquierdo se levanta completamente del suelo	1
12.Simetría del paso	
El paso derecho no parece igual al izquierdo	0
El paso derecho e izquierdo parecen iguales	1
13.Continuidad del paso	
Interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancias entre los pasos)	0
Continuo	1
14.Trayectoria	
Marcada desviaci3n	0
Leve o moderada desviaci3n o necesita auxilios	1
Ausencia desviaci3n y de uso de auxilios	2
15.Tronco	
Marcada oscilaci3n o utiliza ayuda	0
Ninguna oscilaci3n, pero flexiona rodillas, espalda y abre los brazos durante la marcha	1
Ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de brazos o auxilios	2
16.Movimiento en la deambulaci3n	
Los talones est3n separados	0
Los talones casi se tocan durante la marcha	1
Puntaje marcha	/12
SUMA DE PUNTUAJES: EQUILIBRIO +MARCHA	

VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MNA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017	Fecha: 04/2017
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MNA	Z1-NSG-PO-1710 Revisión: A Página 833 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

MNA	MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT
KG	KILOGRAMOS
CM	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un método de evaluación y screening nutricional para población anciana.

OBJETIVOS

- Valorar el nivel nutricional del paciente.
- Proporcionar el apoyo nutricional adecuado.

ALCANCE

Población con riesgo de desnutrición.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala MNA versión corta
- Peso
- Tallímetro

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Realizar valoración del paciente según escala MNA. [ANEXO 1710-I](#)
- El tiempo de ejecución es de unos 5 minutos.
- Consta de 7 preguntas.
- Pesar al paciente: retirar los zapatos y prendas de vestir pesadas.
- Medir la estatura del paciente descalzo y utilizar un tallímetro. Si el paciente está encamado, utilizar mediciones parciales.
- Sumar las puntuaciones en cada pregunta para determinar la puntuación del formulario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MNA	Z1-NSG-PO-1710 Revisión: A Página 835 de 1152
--	---	---

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Repetir el MNA cada tres meses en pacientes institucionalizados o en aquellos que han sido identificados como desnutridos o en riesgo de malnutrición, y cuando ocurra cualquier cambio en la situación clínica del paciente.

Reevaluación

- Estado nutricional normal
 - Después de un acontecimiento o enfermedad aguda.
 - Una vez al año en los ancianos que viven en su propia casa.
 - Cada 3 meses en pacientes hospitalizados o que viven en residencias.
- En riesgo de desnutrición
 - Sin pérdida de peso: Control
 - Control exhaustivo del peso.
 - Reevaluación cada 3 meses.
 - Pérdida de peso: Tratamiento
 - Intervención nutricional con enriquecimiento de la dieta y con suplementos nutricionales orales (400kcal/d).
 - Control exhaustivo del peso.
 - Evaluaciones nutricionales más exhaustivas.
- Desnutrición: Tratamiento
 - Intervención nutricional con suplementos nutricionales orales (400-600 kcal/d) y enriquecimiento de la dieta.
 - Control exhaustivo del peso.
 - Evaluaciones nutricionales más exhaustivas.

Puntuación

- Menor de 7 el paciente presenta desnutrición calórico-proteica.
- Entre 8-11 identifica a los pacientes en riesgo nutricional.
- Entre 12-14 indica que el paciente tiene un buen estado nutricional.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cribado nutricional. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA®). [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf
- Rebollo-Pérez I, Rabat-Restrepo JM. Valoración del estado nutricional de las personas mayores. Detección precoz de la pérdida de peso. Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad, Salud y Política Social; 2010 [Internet] [Acceso abril 2017]. Disponible en: <http://sancyd.es/comedores/terceraedad/valoracion.nutricional.php>

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA MNA	Z1-NSG-PO-1710 Revisión: A Página 836 de 1152
--	--	---

ANEXO 1710-I

ESCALA MNA

¿Has comido peor en los últimos 3 meses?		¿Estrés psicológico o enfermedades agudas en los últimos 3 meses?		Circunferencia de la pantorrilla	
Disminución severa de la ingesta	0	Si	0	Menos de 31 cm	0
Disminución moderada de la ingesta	1	No	2	31 o más	3
No disminución de la ingesta	2				
Pérdida de peso en los últimos 3 meses		Problemas neuropsicológicos		TOTAL	
Mayor de 3 kg	0	Demencia severa o depresión	0	Estado nutricional Normal	12-14
No sabe	1	Demencia moderada	1	Riesgo de malnutrición	8-11
Entre 1 y 3 kg	2	Sin problemas psicológicos	2	Malnutrición	0-7
No pérdida	3				
Movilidad		Índice de Masa Corporal		(Sumar F1 o F2, no ambos)	
Vida cama-sillón	0	< 19	0		
Independiente por interiores	1	19-20,9	1		
Sale al exterior	2	21-22,9	2		
		>=23	3		

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA CANADIENSE

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2016	Fecha: 04/2018	Fecha: 04/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA CANADIENSE	Z1-NSG-PO-1711 Revisión: A Página 838 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ICTUS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
ml	MILILITROS
TA	TENSION ARTERIAL

DEFINICIÓN

La escala de valoración Canadiense es una herramienta para cuantificar la capacidad funcional del ICTUS. Comprende aspectos cognitivos (conciencia, lenguaje y orientación) y motores. Permite definir las actividades de la vida diaria que se verán afectadas según las limitaciones halladas y la afectación en la calidad de vida, en pacientes que no estén estuporosos o en coma, de forma precisa y fiable.

OBJETIVOS

- Detectar empeoramientos o mejorías del déficit en las funciones neurológicas básicas.
- Definir las actividades de la vida diaria que se verán afectadas según las limitaciones halladas y la afectación en la calidad de vida que ello supondrá.

ALCANCE

Dirigida a toda la población susceptible de valorar el nivel de conciencia.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Escala Canadiense

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Canadiense.
- [ANEXO 1711-I](#)
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La Escala Canadiense se mide en el momento del ingreso del paciente y, posteriormente en los intervalos establecidos.
- Al final de la hoja de registro se anota la puntuación total de la Escala en cada intervalo horario. Una puntuación dentro de la normalidad estaría en torno a 10 puntos.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA CANADIENSE	Z1-NSG-PO-1711 Revisión: A Página 840 de 1152
--	---	---

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de cumplimentación escala neurológica Canadiense. Hospital Royo Villanova, Servicio Aragonés de Salud.
- Aplicación de la escala neurológica Canadiense en unidad de ICTUS. [Internet] [Acceso marzo 2016]. Disponible en:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escala-neurologica-canadiense-ictus/2/>

ANEXO 1711-I

ESCALA CANADIENSE

ETIQUETA PACIENTE

FUNCIONES MENTALES		FECHA						
		INGRESO	4H	8H	12H	16H	20H	24H
NIVEL DE CONCIENCIA								
Alerta	3							
Somnoliento	1,5							
ORIENTACIÓN								
Orientado	1							
Desorientado (si parcialmente, dar 0,5)	0							
LENGUAJE								
Normal	1							
Déficit de expresión	0,5							
Déficit de comprensión	0							

FUNCIONES MOTORAS (si existen problemas de comprensión verbal)		FECHA						
		INGRESO	4H	8H	12H	16H	20H	24H
CARA: Valorar paresia facial								
Ninguna	0,5							
Presente	0							
BRAZO: Paresia proximal								
Ninguna	0,5							
Presente	0							
PIERNA: Valorar paresia								
Ninguna	0,5							
Presente	0							

FUNCIONES MOTORAS (si no existen problemas de comprensión verbal)		FECHA						
		INGRESO	4H	8H	12H	16H	20H	24H
CARA: Valorar paresia facial								
Ninguna	0,5							
Presente	0							
BRAZO: Paresia proximal								
Ninguna	1,5							
Levanta contra gravedad pero cae < 10s	1							
Apenas levanta contra gravedad	0,5							
No mueve nada	0							
BRAZO: Paresia dedos de la mano								
Ninguna	1,5							
Mueve los dedos, pero torpe	1							
Mínimo movimiento de dedos	0,5							
No mueve nada los dedos	0							
PIERNA: Valorar paresia								
Ninguna	1,5							
Levanta contra gravedad pero cae < 5 s	1							
Apenas levanta contra gravedad	0,5							
No mueve nada	0							
TOTAL								

Puntuación Normal: 10
Peor Puntuación posible: 0

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE DOWNTON

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2019	Fecha: 05/2019	Fecha: 05/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Lorient, Idilia Pérez Milla, María Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA DE DOWNTON	Z1-NSG-PO-1712 Revisión: A Página 844 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ICC	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS
-----	------------------------------------

DEFINICIÓN

Herramienta que permite cuantificar el riesgo de caída.

OBJETIVOS

- Detectar y evaluar la progresión del grado de riesgo de caída en el anciano.
- Identificar en la práctica asistencial la población con riesgo de caída.
- Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.

ALCANCE

Población que pueda presentar un riesgo de caída.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de evaluación de riesgo de caída Downton

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- En la valoración inicial del paciente se registrarán los factores de riesgos relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Downton. [ANEXO 1712-I](#)
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Incluir como "Paciente de alto riesgo" si no estaba considerado como tal, reevaluando el plan de cuidados y aplicando las medidas preventivas necesarias. [PO-0910](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Su cumplimentación se realizará con los datos obtenidos de la valoración inicial, sin olvidar otros factores de riesgo valorados, no incluidos en la escala, que sean susceptibles de provocar una caída, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias.
- Interpretación del resultado:
 - 3 o más: Alto riesgo
 - 1-2: Mediano riesgo
 - 0-1: Bajo riesgo
- El punto de corte en la escala de J.H. Downton se sitúa en 3 o más, que indica alto riesgo de caídas.
- Reevaluación cada vez que se modifique el estado de salud o entorno del paciente.

- Identificador visual, como paciente con riesgo de caídas, en la historia clínica digital o papel.
- Información a los profesionales que pudieran tener contacto con el paciente, asegurando la transferencia de información intra/interniveles.
- Información al paciente y a la familia o cuidador, favoreciendo la participación activa en su seguridad.
- El paciente de alta hospitalaria con alto riesgo de caída, en el Informe de Continuidad de Cuidados quedará reflejado dicho diagnóstico para su seguimiento por parte de su médico y enfermero de Atención Primaria, y/o Residencia.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Biblioteca Virtual NOBLE. Marzo 2012. [Internet] [Acceso mayo 2019]. Disponible en:
http://www.nobleseguros.com/pdf/APENDICES_BOLETIN_MARZO_2012.pdf
- Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. [Internet] Servicio Andaluz de Salud; 2009. [Acceso mayo 2019]. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL PACIENTE ESCALA DE DOWNTON	Z1-NSG-PO-1712 Revisión: A Página 847 de 1152
--	--	--

ANEXO 1712-I

ESCALA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DOWNTON



NOMBRE / PEGATINA PACIENTE

ESCALA DE DOWNTON		
CAIDA PREVIAS (<6meses)	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS (SELECCIÓN MÚLTIPLE)	NINGUNO	0
	DIURÉTICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURÉTICOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	TRANQUILIZANTES - SEDANTES	1
	OTROS FÁRMACOS	0
DÉFICIT SENSORIAL (SELECCIÓN MÚLTIPLE)	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	EN MIEMBROS (ICTUS, NEUROPATÍAS,...)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
MARCHA	NORMAL	0
	INSEGURA CON O SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	0
		ESCALA DOWNTON
		INDICE BARTHEL

DE 0 A 2 PUNTOS	NO HAY RIESGO
3 O MÁS PUNTOS	RIESGO ALTO

FECHA VALORACIÓN:	PUNTUACIÓN:	FIRMA:

REALIZAR LA VALORACIÓN DE LA ESCALA AL INGRESO
RE-EVALUAR TRAS CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO FÍSICO O MENTAL

VALORACIÓN DEL CUIDADOR

ESCALA ZARIT

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2019	Fecha: 05/2019	Fecha: 05/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Lorient, Idilia Pérez Milla, María Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL CUIDADOR ESCALA ZARIT	Z1-NSG-PO-1713 Revisión: A Página 849 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Es un cuestionario autoadministrado que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes.

OBJETIVOS

- Detectar la sobrecarga en el cuidador principal.

ALCANCE

Población cuidadora de personas dependientes.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera

MATERIAL

- Escala de Zarit

EJECUCIÓN

- Identificar al cuidador.
- Informar al cuidador y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del cuidador.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así:
 - 0 = Nunca
 - 1 = Rara vez
 - 2 = Algunas veces
 - 3 = Bastantes veces
 - 4 = Casi siempre
- Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I VALORACIÓN DEL CUIDADOR ESCALA ZARIT	Z1-NSG-PO-1713 Revisión: A Página 851 de 1152
--	---	--

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos en la codificación de una escala de 0 a 4 existen dos tipos de interpretación de los resultados:
 - 1ª evaluación de resultados:
 - No sobrecarga: = inferior a 46
 - Sobrecarga leve: = entre 47 y 55
 - Sobrecarga intensa: = superior a 56.
 - 2ª evaluación de resultados:
 - Los puntos 1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 22 valoran las consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44).
 - Los puntos 4, 5, 6, 9, 17, 18, 19. valoran las creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
 - Los puntos 15, 16, 20, 21 valoran la relación del cuidador principal con el paciente dependiente (0-16).
- Quienes tienen una sobrecarga intensa presentan grandes dificultades en la tarea del cuidado, representan un grupo sociosanitario de alto riesgo.
- Todos los cuidadores, aunque saquen puntuaciones más bajas requieren de un seguimiento.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.
- Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden Gerontologist 1980; 20: 649-654.
- Martín, M, Salvadó, I, Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, pp. 338-346.
- La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. [Internet] [Acceso mayo 2019]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/zarit-carga.cuidador.pdf>
- Cuestionario ZARIT. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. [Internet] [Acceso mayo 2019]. Disponible en:
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_zarit.pdf

ANEXO 1713-I

ESCALA DE ZARIT

	PUNTUACIÓN	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					
TOTAL Ptos					

PUNTUACIÓN	
0	Nunca
1	Rara vez
2	Algunas veces
3	Bastantes veces
4	Casi siempre

INTERPRETACIÓN	
0- 46 puntos	No sobrecarga
47-55 puntos	Sobrecarga leve
56-88 puntos	Sobrecarga intensa



INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Lafuente Mateo, Míriam Pamplona Calejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1801 Revisión: A Página 855 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVP	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO
CM	CENTÍMETROS
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
ML	MILILITROS
HNF	HEPARINA SÓDICA O NO FRACCIONADA
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1801 Revisión: A Página 856 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

El catéter venoso periférico es un dispositivo intravascular cuyo extremo distal queda alojado en la luz de una vena periférica del organismo del paciente.

OBJETIVOS

- Canalizar un acceso directo y permanente al sistema venoso del paciente con fines diagnósticos o terapéuticos.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVP.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% (si no se dispone de ella, se puede utilizar povidona yodada al 10%)
- Compresor
- Catéter para vía venosa de acceso periférico
- Válvula antirreflujo
- Guantes no estériles
- Ampollas de suero fisiológico 0'9% 10ml
- HNF 20 UI/ml para lavado de catéteres Fibrilin® según se precise
- Apósito adhesivo transparente estéril
- Venda autoadhesiva
- Contenedor para objetos punzantes

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- No rasurar la piel del punto de inserción de manera rutinaria (en caso necesario mejor cortar el vello).
- Elección del punto de inserción:
 - En adultos, priorizar extremidades superiores a las inferiores.
 - Priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo. Evitar zona interna de la muñeca para evitar daño en nervio radial, así como zonas de flexión.

- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar, el otro miembro, y en segundo lugar en el mismo miembro en una zona más proximal. No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.
- Si se prevén procedimientos intervencionistas, utilizar el brazo contrario a la zona donde se va a actuar.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar.
- Tener en cuenta procesos previos: uso extremidad no afectada por ACV, por quemaduras, por implantación de marcapasos, etc.
- Elección del miembro no dominante (diestro-zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente.
- Colocar el compresor entre 10 y 15 cm por encima del punto elegido para la punción.
- Utilizar dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera.
- Dejar secar el tiempo indicado.
- Coger el catéter con la mano dominante.
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamientos de la vena.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y un ángulo entre 15º y 30º (dependiendo de la profundidad de la vena) ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la vena, se disminuirá el ángulo para no atravesarla.
- 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 el fiador, hasta insertar completamente la cánula en la luz de la vena.
- Una vez iniciada la retirada del fiador, no reintroducirlo, por el riesgo de perforar el catéter.
- Desechar la aguja en el contenedor de punzantes.
- Retirar el compresor.
- Conectar el catéter a la válvula antirreflujo.
- Si el catéter es para sueroterapia continua:
 - Conectar el equipo de infusión previamente purgado, a la válvula antirreflujo, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter.
- Si el catéter es para uso intermitente:
 - Irrigar con 1cc de suero fisiológico o con solución heparinizada Fibrilin®.
- Fijar el catéter con tira adhesiva, de manera que no caiga sobre el punto de inserción.
- Cubrir con apósito estéril el catéter fijado. La tira de esparadrapo deberá sobresalir del apósito, para permitir su cambio sin peligro de arrancar la vía. El apósito no cubrirá la válvula, para facilitar su manejo. Si es necesario, se añadirán sujeciones.
- Fijar equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones e iniciar perfusión al ritmo indicado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1801 Revisión: A Página 858 de 1152
--	---	--

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Selección del catéter: se deberá elegir el de menor calibre posible, en función de su propósito, en cualquier caso, siempre de calibre inferior al de la vena elegida. Tener en cuenta las características de la solución a perfundir. En caso de sangre y hemoderivados, se necesita un catéter de mayor calibre.
- Comprobar la permeabilidad del catéter venoso.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar en la documentación de Enfermería el catéter utilizado y la localización.

	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1801 Revisión: A Página 859 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Carey W. Cuidados intensivos en enfermería. Nursing Photobook. Barcelona; Doyma, 1986, p.90-3.
- Esteban-de la Torre A. editor. Técnicas de enfermería. Segunda edición. Barcelona; Rol, 1988, p.127.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Vicent-Cobet J. Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería. Barcelona: Doyma, 1990, p.158-64.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39:368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet] 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>.
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Arias-Rivera S, Conde-Alonso P, Sánchez-Izquierdo R, García-Granell C, Martín de la Torre JA, Ortega-Castro ME, et al. Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial. 2004; 15 (3):123-134.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Sanmartin M, Cuevas D, Goicolea J, Ruiz R, Gómez M y Argibay V. Complicaciones vasculares asociadas al acceso transradial para el cateterismo cardiaco. Rev Esp Cardiol 2004; 57:06.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348:1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28:18-28.

MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2016	Fecha: 05/2018	Fecha:05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Lafuente Mateo, Míriam Pamplona Calejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1802 Revisión: A Página 861 de 1152
--	--	--

○ **HISTORIAL DE REVISIONES**

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVP	CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO
CM	CENTÍMETROS
ART	ARTERIA
PAI	PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
ML	MILILITROS
HNF	HEPARINA SÓDICA O NO FRACCIONADA
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1802 Revisión: A Página 862 de 1152
--	--	---

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para el mantenimiento y cuidado del catéter venoso periférico: cura, cambio de sistema, heparinización, extracción de sangre, desobstrucción y retirada.

OBJETIVOS

- Minimizar los riesgos derivados del catéter venoso periférico.
- Evitar la obstrucción de la luz del catéter venoso periférico.
- Evitar o disminuir la infección relacionada con catéter.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVP.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Ampollas de suero fisiológico 0'9% 10ml
- Jeringa de 5ml
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- HNF 20 UI/ml para lavado de catéteres Fibrilin® según se precise
- Apósito transparente de vías periféricas
- Equipos de gotero y válvulas

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Cura del punto de inserción del catéter:

- Inspeccionar diariamente de forma visual y por palpación a través del apósito intacto y el lugar de inserción para descartar la presencia de signos y síntomas de flebitis (enrojecimiento, dolor o tacto fibroso), infección (enrojecimiento, hinchazón o exudación) e infiltración o extravasación (edema, hinchazón, palidez o frialdad).
- Confirmar la indicación de cambio del apósito y cura atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el apósito).
- Retirar cuidadosamente el apósito.
- Comprobar la normofunción del catéter.

- Limpiar primero con suero salino y después con clorhexidina alcohólica al 2%, empezando por la zona de inserción del catéter en forma circular y hacia el exterior.
- Asegurar la fijación del catéter con sutura o con las tiras adhesivas (NO CORBATA).
- Cubrir la zona de inserción con un apósito semipermeable transparente o un apósito estéril de gasa convencional (si presenta un exceso de sudoración o exudado), después de dejar un tiempo de secado al antiséptico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el apósito la fecha de cura y cambio de apósito.

Observaciones

- Inspección diaria y palpación del punto de inserción todos los días
- Levantar el apósito si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción o fiebre de origen desconocido.
- No retirar el catéter venoso a causa de la existencia de fiebre. Utilizar criterios clínicos para intentar conservar un catéter cuando el origen de la fiebre puede ser por otra causa.
- No usar ungüentos o cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción (salvo si se usan catéteres de diálisis) por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- Informar al paciente de la necesidad de comunicar a su enfermera cualquier cambio referente a su catéter o cualquier sensación de falta de confort.
- No hacer cultivos rutinarios de puntas de catéter.
- Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que ya no sea indispensable.

Cambio del sistema venoso:

Indicaciones del cambio de los sistemas de perfusión

- Cambiar los equipos de infusión y válvulas cada 96 horas y cuando estén manchados de sangre.
- Cuando se cambien los equipos, se cambiarán las alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo, si las hubiese.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de cambio del equipo atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el sistema).
- Proceder a cerrar el equipo de infusión.
- Retirar el sistema a sustituir dejando el puerto de entrada envuelto en una gasa estéril.
- Purgar el nuevo sistema. A su vez purgar la alargadera y la válvula antirreflujo.
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el puerto de entrada (la zona de la conexión) y dejarla secar.
- Conectar el nuevo sistema.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos.[PO-0901](#)
- Anotar sobre el sistema la fecha de cambio.

Observaciones

- Cuando se deja una luz heparinizada, no deben dejarse alargaderas.
- En las perfusiones continuas, poner la fecha de cambio del sistema en la cámara de goteo del equipo y en la alargadera.

Heparinización de vía venosa:

Indicaciones

- Cuando el catéter venoso no se use, sino intermitentemente, irrigar después de cada uso, con 1cc de suero salino de ampolla monodosis.
- En caso de no usarse, salvo para extracción de sangre únicamente, heparinizar la luz cada 24 horas, desechando los primeros 4cc antes de la extracción.

Ejecución

- Confirmar la indicación de heparinización del sistema de monitorización atendiendo a las normas de cambio establecidas.
- Cargar la heparina sódica (Fibrilin®).
- Desinfectar la válvula del sistema cerrado con clorhexidina.
- El uso de la clorhexidina en spray ha de hacerse impregnando una gasa estéril, y no directamente sobre la válvula, ya que de este modo se aplica más cantidad y el tiempo de comienzo de acción se alarga mucho más de los 20 segundos de acción normal de este antiséptico.
- Dejar un tiempo de secado.
- Conectar la jeringa con el Fibrilin® e introducirlo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos.[PO-0901](#)

Desobstrucción del catéter venoso:

Indicaciones

- Cuando la obstrucción de la luz de un catéter venoso no permita la adecuada perfusión o la extracción de sangre.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1802 Revisión: A Página 865 de 1152
---	--	--

Ejecución

- Comprobar el estado de obstrucción del catéter.
- Conectar una jeringa de 2cc cargada con heparina sódica (Fibrilin®).
- Si existe obstrucción, no empujar el coágulo de sangre al torrente sanguíneo.
- Aspirar suavemente con una nueva jeringa de 2cc.
- Si estas acciones no son efectivas, avisar al facultativo para valorar la retirada y colocación de un nuevo catéter.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Retirada de catéter venoso:

Indicaciones

- Los catéteres venosos no deben ser reemplazados rutinariamente para prevenir infecciones relacionadas con el catéter.
- No retirar el catéter venoso sólo por la presencia de fiebre.
- Retirar lo antes posible el catéter cuando no sea necesario.

Ejecución

- Comprobar la prescripción de retirada del CV.
- Si se observan eritema, edema o supuración, antes de retirar el catéter informar al médico por si éste solicita un cultivo de la punta del catéter. Si se sospecha bacteriemia asociada a catéter, además del cultivo de la punta del catéter se solicitarán dos hemocultivos.
- Despegar el apósito.
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el punto de inserción y dejar secar.
- Retirar suavemente el catéter de la vena donde se inserta, protegiendo el lugar de inserción con una gasa estéril para no introducir aire.
- Presionar sobre la zona con una gasa impregnada en clorhexidina alcohólica al 2% durante 3 minutos.
- Vigilar si se produce sangrado posterior.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar las muestras para enviar a laboratorio en caso de que las hubiere (punta catéter).

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Indicaciones del cambio de apósito y cura

- Siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- Se recomienda cambiar los sistemas de infusión cada 72 horas, y en caso de NPT, cada 24 horas.
- Se recomienda cambiar los CVP cada 72-96 horas, rotando zonas de punción.
- El apósito completo se cambiará cada 72 horas, desinfectando el punto de inserción con antiséptico y posteriormente cubrir con nuevo apósito.
- Observar la permeabilidad del catéter venoso.
- Observar el estado del punto de punción.
- Observar el estado del apósito.
- Observar la aparición de posibles complicaciones:
 - Hemorragia.
 - Flebitis química o mecánica.
 - Obstrucción
 - Extravasación
 - Punción accidental de estructuras vecinas.
 - Salida del catéter
 - Infección del CVP o generalizada(sepsis)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la gráfica de enfermería la fecha, incidencias y el procedimiento realizado (cura, cambio de sistema, heparinización, extracción de sangre, desobstrucción y retirada). Firma
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1802 Revisión: A Página 867 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Carey W. Cuidados intensivos en enfermería. NursingPhotobook. Barcelona; Doyma, 1986, pp. 90-3.
- Esteban-de la Torre A. editor. Técnicas de enfermería. Segunda edición. Barcelona; Rol, 1988, p.127.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Vicent-Cobet J. Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería. Barcelona: Doyma, 1990, pp.158-64.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39:368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet] 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>.
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Arias-Rivera S, Conde-Alonso P, Sánchez-Izquierdo R, García-Granell C, Martín-de la Torre JA, Ortega-Castro ME, et al. Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial. 2004; 15 (3):123-134.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center forDisease Control and Prevention (C.D.C.).2011.
- Sanmartin M, Cuevas D, Goicolea J, Ruiz R, Gómez M y Argibay V. Complicaciones vasculares asociadas al acceso transradial para el cateterismo cardiaco. Rev EspCardiol 2004; 57: 06.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348:1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28:18-28.

INSERCIÓN DEL CATÉTER ARTERIAL RADIAL PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Lafuente Mateo, Míriam Pamplona Calejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER ARTERIAL RADIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1803 Revisión: A Página 869 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CA	CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO
cm	CENTÍMETROS
art	ARTERIA
PAI	PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
ml	MILILITROS
HNF	HEPARINA SÓDICA O NO FRACCIONADA
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Los catéteres arteriales periféricos (CA) son dispositivos intravasculares cuyo extremo distal queda alojado en la luz de una arteria periférica del organismo del paciente.

OBJETIVOS

- Canalizar un acceso directo y permanente al sistema arterial del paciente con fines diagnósticos o terapéuticos.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CA con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material para la limpieza de la piel del paciente (agua y jabón neutro)
- Antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% (si no se dispone de ella, se puede utilizar povidona yodada al 10%)
- Mascarilla, gorro y cepillo de lavado quirúrgico con clorhexidina
- Guantes quirúrgicos, paños (5 paños o 1 sábana) y bata estériles
- Gasas estériles
- Carro auxiliar de material específico para CVC/CA
- Catéter para vía arterial de acceso periférico de una luz
- Ampollas de suero fisiológico 0'9%
- Suero fisiológico 0'9% con HNF diluida:
 - Si SF de 250 ml: 500 UI (1 ml) de HNF 5%
 - Si SF de 500 ml: 1000 UI (1 ml) de HNF 5%
- HNF 20 UI/ml para lavado de catéteres (Fibrilín®) según se precise
- Hoja de bisturí de punta recta (sino sale en el equipo del CVC)
- Sutura (seda del 0 con aguja recta)
- Apósito adhesivo transparente estéril
- Venda autoadhesiva
- Contenedor para objetos punzantes
- Set de monitorización:
 - Sistema de goteo sin entrada de aire
 - Dispositivo de flujo continuo con válvula de lavado rápido
 - Llave de tres pasos para calibrar el sistema
 - Llave de tres pasos para realizar las extracciones
 - Transductor
 - Monitor/amplificador
 - Cable conector
 - Presurizador

EJECUCIÓN

Montaje del equipo:

- Poner suero heparinizado en la bolsa de presión desinflada.
- Montar el transductor, conectarlo al monitor y montar el sistema de infusión con las llaves de tres pasos (posteriormente se conectará al paciente).
- Inflar la bolsa de presión a 300 mmHg.
- Purgar el sistema de suero, el sistema de lavado rápido, el transductor, la llave de tres pasos y las alargaderas, poniendo especial cuidado en eliminar las posibles burbujas de aire que se pueden producir.

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Identificar posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Decidir la arteria de acceso.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- No rasurar la piel del punto de inserción de manera rutinaria (en caso necesario mejor cortar el vello).
- Realizar el Test de Allen (su finalidad es comprobar la existencia de flujo colateral en la mano a puncionar a través del circuito arterial cubital:
 - Colocar la palma de la mano hacia arriba, para observar los cambios de color, pidiéndole al paciente que apriete el puño.
 - Comprimir al mismo tiempo las arterias radial y cubital, usando los dedos índice y corazón, obstruyendo el flujo sanguíneo arterial de la mano, pidiéndole al paciente que abra y cierre la mano varias veces. La palma de la mano debe tener un color pálido, al no tener flujo arterial.
 - Liberar la presión de la arteria cubital y vigilar si aparece el color de la palma en unos 5-15 segundos, si esto es así la arteria cubital es permeable). Si no se obtiene relleno capilar al descomprimir la arteria cubital, la punción de la arteria radial está contraindicada.

Técnica de colocación de CA mediante técnica Seldinger y medidas de Bacteriemia Zero: [ANEXO 1803-I](#)

- Colocar al paciente en posición supina. [PO-0401](#)
- Colocar el brazo en posición anterior e hiperextensión de la muñeca.
- Lavado de la piel del paciente con agua y jabón.
- Colocar gorro y mascarilla, todo el personal que participe en la colocación del CA debe llevarlos.
- Lavado quirúrgico de manos. [PO-0903](#)
- Colocación de bata esteril. [PO-0905](#)
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpieza de la piel del paciente en el acceso elegido con clorhexidina alcohólica al 2%, comenzando desde el centro y haciendo movimientos circulares hacia fuera.
- Esperar el tiempo de secado mínimo (2 minutos).

- Colocar las medidas de barrera en el campo ya limpio: 5 paños o 1 sábana estéril, de manera que quede una pequeña ventana en la zona de inserción del CA.
- Palpar la zona con los dedos índice y corazón (no con el pulgar) hasta notar el pulso del paciente: ése será el punto de punción.
- Coger la aguja de punción catéter con la mano dominante. Insertarlo con el bisel hacia arriba, en el punto de máximo pulso, y con un ángulo de 30-45° hasta que refluya la sangre (pulsátil). Especial cuidado de no inyectar aire intraarterial.
- Una vez obtenido reflujo de sangre arterial, pasar la guía metálica por la aguja, de manera suave y sin objetivar resistencias importantes.
- Retirar la aguja después de colocada la guía, sin que ésta se mueva (presionar el punto de punción con una gasa estéril para sujetar la guía metálica).
- No hacer corte en la piel de rutina.
- Introducir el cabo distal de la guía por el orificio distal del catéter, de manera que antes de que el catéter se introduzca por la piel del paciente, la guía asome por el extremo opuesto como medida de seguridad para no embolizarla.
- Introducir el catéter hasta su posición final.
- Retirar la guía metálica.
- Comprobar la permeabilidad del catéter aspirando con una jeringa 2-3 ml de sangre.
- Lavar la vía con SF (y HNF si procede).
- Conectar al sistema de transducción.
- Fijar el catéter a la piel mediante puntos de seda o dispositivos de fijación adhesivos.
- Limpiar la zona con SF y aplicar clorhexidina en la zona de inserción.
- Esperar el tiempo de secado mínimo.
- Colocar apósito adhesivo transparente (esto debe de hacerlo la misma persona que ha realizado el procedimiento, para que la primera cura sea en medio estéril).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.

Calibrado del sistema y toma de tensión arterial:

- Una vez conectado todo el sistema al catéter, se realiza el calibrado.
- Colocar el transductor o cápsula a la altura de la aurícula derecha (esto es, en la línea media axilar del paciente).
- Realizar un calibrado según la atmósfera en dicha posición, cerrar la llave de paso al paciente y abrirla al aire.
- Ajustar el monitor de forma que se lea "cero" (leer manual de uso de los monitores). La mayoría de los sistemas de monitorización actuales tienen un calibrado electrónico que se hace automáticamente con el referenciado a cero.
- Cerrar la llave de paso al aire y abrirla al paciente.
- Abrir el sistema de lavado continuo (con solución salina heparinizada) y las llaves de tres pasos, para que se conecte el flujo arterial con el transductor.
- Se visualizará la onda de presión arterial del paciente en el monitor. Comprobar entonces que la curva de presión de monitorización sea correcta.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar la permeabilidad del catéter arterial.
- **Complicaciones precoces** (durante la implantación o los primeros días):
 - Hemorragia.
 - Embolia gaseosa.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecinas.
 - Frialidad local, dolor en punto de punción y palidez.
- **Complicaciones tardías:**
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CA.
 - Oclusión del CA.
 - Infección del CA.
 - Lesiones nerviosas: déficits neurológicos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar en la documentación de Enfermería el catéter utilizado y la localización.

	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER ARTERIAL RADIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1803 Revisión: A Página 874 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Carey W. Cuidados intensivos en enfermería. Nursing Photobook. Barcelona; Doyma, 1986, pp. 90-3.
- Esteban-de la Torre A. editor. Técnicas de enfermería. Segunda edición. Barcelona; Rol, 1988, p. 127.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Vicent-Cobet J. Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería. Barcelona: Doyma, 1990, pp. 158-64.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953, 39: 368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet] 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>.
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Arias-Rivera S, Conde-Alonso P, Sánchez-Izquierdo R, García-Granell C, Martín-de la Torre JA, Ortega-Castro ME, et al. Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial. 2004; 15 (3): 123-134.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.) 2011.
- Sanmartin M, Cuevas D, Goicolea J, Ruiz R, Gómez M y Argibay V. Complicaciones vasculares asociadas al acceso transradial para el cateterismo cardiaco. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 06.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348: 1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28:18-28.

ANEXO 1803-I

BACTERIEMIA ZERO

La bacteriemia asociada a CVC era una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en las UCI españolas, con tasas superiores a las de otros países europeos que aportan datos al programa de vigilancia HELICS. De acuerdo a un estudio caso-control, en nuestro país, la BRC adquirida en UCI tiene una mortalidad relacionada de 9 días y un alargamiento de la estancia de 12 días.

Siguiendo el modelo de prevención liderado por el Dr. Pronovost, se realizó un proyecto que se implantó en 16 de las 17 autonomías desde enero de 2009 a julio de 2010.

El objetivo principal del proyecto fue reducir la incidencia de BRC a <4 episodios por 1000 días de CVC. Los objetivos secundarios eran documentar todos los episodios de bacteriemia, incluidas las secundarias de otros orígenes, así como la etiología de las mismas y las características de los pacientes que las desarrollan; crear grupos de trabajo con capacidad de liderazgo que puedan seguir programas de prevención de otras infecciones nosocomiales y reforzar la cultura de la seguridad en el manejo del paciente crítico.

Aún sin publicar los resultados definitivos del estudio, sí que se ha visto en mediciones preliminares que el objetivo principal se ha cumplido al haber disminuido a <3 episodios por 1000 días de CVC las BRC.

El proyecto se basaba en la aplicación de unas sencillas medidas de higiene, que en estudios en EEUU se ha visto que son capaces de disminuir a casi 0 la tasa de BRC:



MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Lafuente Mateo, Míriam Pamplona Calejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1804 Revisión: A Página 877 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CA	CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO
cm	CENTÍMETROS
art	ARTERIA
PAI	PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
ml	MILILITROS
HNF	HEPARINA SÓDICA O NO FRACCIONADA
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para el mantenimiento y cuidado de los catéteres arteriales periféricos (CA): cura, cambio de sistema, heparinización, extracción de sangre, desobstrucción y retirada.

OBJETIVOS

- Minimizar los riesgos derivados de los catéteres arteriales periféricos.
- Vigilancia de la posible aparición de complicaciones:
 - Evitar la obstrucción de la luz del catéter arterial periférico.
 - Evitar o disminuir la infección relacionada con catéter.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CA con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

Cura del punto de inserción del catéter:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Apósito transparente de sujeción de vías centrales
- Apósito de gasa

Cambio de sistemas de perfusión:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Equipos de gotero, válvulas y apósito
- Set de monitorización:
 - Sistema de goteo sin entrada de aire
 - Dispositivo de flujo continuo con válvula de lavado rápido
 - Llave de tres pasos
 - Trasductor
 - Monitor/amplificador
 - Cable conector
 - Presurizador
 - SF 0'9% con HNF: 0'5 ml de HNF 1% si el SF es de 250 ml

- Montaje: poner suero heparinizado en la bolsa de presión desinflada. Montar el transductor, conectarlo al monitor y montar el sistema de infusión con las llaves de tres pasos (posteriormente se conectará al paciente). Inflar la bolsa de presión a 300 mmHg. Purgar el sistema de suero, el sistema de lavado rápido, el transductor, la llave de tres pasos y las alargaderas, poniendo especial cuidado en eliminar las posibles burbujas de aire que se pueden producir

Heparinización de vía arterial:

- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Tantos viales de heparina sódica de 20 ui/ml (Fibrilin®) como luces a heparinizar
- 1 aguja para cargar y jeringas de 10 ml (una por cada luz)

Extracción de muestras de sangre:

- Guantes no estériles de protección y/o examen
- Guantes estériles de exploración y curas
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Sistema Vacutainer y adaptador
- Tubos de analítica
- Jeringa de 5 ml
- Jeringa de 10 ml cargada con Suero fisiológico
- Fibrilin® si se usa una luz heparinizada para la extracción, cargado en una jeringa de 10 ml

Desobstrucción del catéter arterial:

- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Jeringas de 10 ml
- Suero fisiológico

Retirada de cateter central:

- Guantes no estériles de protección y/o examen
- Guantes estériles de exploración y curas
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Bisturí
- Apósito estéril oclusivo
- Bote estéril seco (si hay signos locales de infección o se sospecha bacteriemia asociada a catéter)
- Botes de hemocultivos (2 aerobios y 2 anaerobios) si hay sospecha de bacteriemia asociada a catéter

EJECUCIÓN

Cura del punto de inserción del catéter:

Indicaciones del cambio de apósito y cura

- Se cambiarán:
 - El apósito transparente cada 7 días.
 - El apósito de gasa cada 2 días.
 - Siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- La utilización del apósito de gasa es preferible cuando el paciente presenta un exceso de sudoración o la zona de inserción sangra o tiene exudado.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Identificar posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Inspeccionar diariamente de forma visual y por palpación a través del apósito intacto la zona de inserción del catéter.
- Confirmar la indicación de cambio del apósito y cura atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el apósito).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Retirar cuidadosamente el apósito.
- Comprobar la normofunción del catéter (reflujo y curva de monitor).
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Inspeccionar y palpar el lugar de inserción para descartar la presencia de signos y síntomas de flebitis (enrojecimiento, dolor o tacto fibroso), infección (enrojecimiento, hinchazón o exudación) e infiltración o extravasación (edema, hinchazón, palidez o frialdad).
- Limpiar primero con suero salino y después con clorhexidina alcohólica al 2%, empezando por la zona de inserción del catéter en forma circular y hacia el exterior.
- Asegurar la fijación del catéter con sutura o con las tiras adhesivas (NO CORBATA).
- Cubrir la zona de inserción con un apósito semipermeable transparente o un apósito estéril de gasa convencional (si presenta un exceso de sudoración o exudado), tras dar un tiempo de secado al antiséptico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el apósito la fecha de cura y cambio de apósito.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1804 Revisión: A Página 881 de 1152
--	--	---

Observaciones

- Inspección diaria y palpación del punto de inserción todos los días en el turno de tarde.
- Levantar el apósito si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción o fiebre de origen desconocido.
- No retirar el catéter arterial a causa de la existencia de fiebre. Utilizar criterios clínicos para intentar conservar un catéter cuando el origen de la fiebre puede ser por otra causa.
- No usar ungüentos o cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción (salvo si se usan catéteres de diálisis) por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- Informar al paciente de la necesidad de comunicar a su enfermera cualquier cambio referente a su catéter o cualquier sensación de falta de confort.
- No hacer cultivos rutinarios de puntas de catéter.
- Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que ya no sea indispensable.

Cambio del sistema arterial:

Indicaciones del cambio de los sistemas de perfusión

- Cambiar preferiblemente en el turno de tarde.
- Cambiar los equipos de infusión y válvulas cada 96 horas y cuando estén manchados de sangre.
- Cuando se cambie los equipos, se cambiará las alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo, si las hubiese.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de cambio del equipo atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el sistema).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proceder al clampado del catéter.
- Retirar el sistema a sustituir dejando el puerto de entrada envuelto en una gasa estéril.
- Purgar el nuevo sistema. A su vez purgar la alargadera y la válvula antirreflujo.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el puerto de entrada (la zona de la conexión) y dejarla secar.
- Conectar el nuevo sistema.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el sistema la fecha de cambio.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1804 Revisión: A Página 882 de 1152
--	--	---

Observaciones

- Cuando se deja una luz heparinizada, no deben dejarse alargaderas.
- En las perfusiones continuas, poner la fecha de cambio del sistema en la cámara de goteo del equipo y en la alargadera.

Heparinización de vía arterial:

Indicaciones

- Cuando el catéter arterial no se use para monitorización continua de PAI, sino intermitentemente, heparinizar después de cada uso. En caso de no usarse, heparinizar la luz cada 24 horas.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de heparinización del sistema de monitorización atendiendo a las normas de cambio establecidas (una vez por turno).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Cargar, manteniendo la mayor asepsia posible la heparina sódica (Fibrilin®).
- Desinfectar la válvula del sistema cerrado con clorhexidina.
- El uso de la clorhexidina en spray ha de hacerse impregnando una gasa estéril, y no directamente sobre la válvula, ya que de este modo se aplica más cantidad y el tiempo de comienzo de acción se alarga mucho más de los 20 segundos de acción normal de este antiséptico.
- Dar un tiempo de secado.
- Conectar la jeringa con el Fibrilin® e introducirlo.
- Repetir el procedimiento, cambiando de jeringa si se debe repetir.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Extracción de muestras de sangre:

Indicaciones

- Necesidad de seriación de gases arteriales para evaluación de la evolución de un paciente y de su tratamiento.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de extracción de analítica.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Suprimir las alarmas del monitor si se están registrando presiones arteriales.

- Retirar el tapón de la llave de tres pasos más proximal al paciente y conectar la jeringa de 5ml. Girar la llave para poner en contacto el catéter y la jeringa, extrayendo una cantidad de sangre igual al espacio muerto del catéter y del sistema. Arteria radial o pedia (3ml), arteria femoral (5ml) Y PiCCO® (5ml).
- Cerrar la llave y desechar la sangre y la jeringa.
- Clampar de nuevo.
- Conectar la otra jeringa o sistema de extracción de vacío (vacutainer) a la conexión de la llave de tres pasos y extraer la cantidad de sangre necesaria para el tipo de determinación que se vaya a realizar.
- Clampar de nuevo.
- Lavar el catéter con 10ml de suero fisiológico (para limpiar el interior del catéter de precipitados sanguíneos).
- Limpiar la conexión de la llave de tres pasos con clorhexidina eliminando cualquier resto de sangre.
- Conectar un tapón estéril en la llave de tres pasos.
- Introducir la sangre de la jeringa en los tubos adecuados según el nivel de sangre de cada tubo, identificarlos con los datos del paciente y enviarlos a laboratorio.
- Conectar las alarmas.
- Realizar el cero de la arteria.
- En el caso de que la arteria esté heparinizada conectar la jeringa con el Fibrilin® e introducirlo en el catéter arterial.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar los tubos de analítica.

Desobstrucción del catéter arterial:

Indicaciones

- Cuando la obstrucción de la luz de un catéter arterial no permita la adecuada monitorización de la PAI o la extracción de sangre.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar del estado de obstrucción del catéter.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Intentar infundir 10ml de suero fisiológico con una jeringa de 10ml (no utilizar jeringas de menor calibre ya que pueden dañar o romper el catéter).
- Cambiar de posición al paciente (hiperextender muñeca si es un catéter arterial o traccionar catéter hacia fuera si es femoral).
- Intentar realizar la extracción sanguínea en estas posiciones. No intentar nunca la desobstrucción de un catéter con presión positiva ya que puede enviar un trombo al torrente sanguíneo o romper el catéter.

- Si estas acciones no son efectivas, avisar al médico para valorar la retirada y colocación de un nuevo catéter.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- No utilizar heparina sódica para intentar desobstruir el catéter.

Retirada de catéter arterial:

Indicaciones

- Los catéteres arteriales no deben ser reemplazados rutinariamente para prevenir infecciones relacionadas con el catéter.
- No retirar el catéter arterial sólo por la presencia de fiebre. Aplicar el juicio clínico sobre la pertinencia o no de retirarlo, si se evidencia infección en otro lugar o se sospecha fiebre de origen no infeccioso.
- No hacer rutinariamente recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados para prevenir la infección.
- No hacer recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados sospechosos de infección.
- Hacer recambio mediante guía de catéteres no tunelizados que funcionen mal si no se evidencian signos de infección.
- Retirar lo antes posible el catéter cuando no sea necesario.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar la prescripción de retirada del CA.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama horizontal, a menos que esté contraindicado.
- Si se observan eritema, edema o supuración, antes de retirar el catéter informar al médico por si éste solicita un cultivo de la punta del catéter. Si se sospecha bacteriemia asociada a catéter, además del cultivo de la punta del catéter se solicitarán dos hemocultivos.
- Los hemocultivos en caso de sospecha de bacteriemia asociada a catéter se realizarán simultáneos, unos del propio catéter y los otros de una vena periférica, especificando en los botes la procedencia de los mismos.
- Proceder al clampado del catéter.
- Despegar el apósito.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el punto de inserción y dejar secar.
- Retirar los puntos de sutura que sujetan el catéter.

- Retirar suavemente el catéter de la arteria donde se inserta, protegiendo el lugar de inserción con una gasa estéril para no introducir aire. Si nota resistencia, interrumpa la maniobra y avise al médico.
- Presionar sobre la zona con una gasa impregnada en clorhexidina alcohólica al 2% durante 3 minutos.
- Colocar un apósito estéril oclusivo sobre el lugar de inserción para impedir una embolia gaseosa tardía.
- Recomendar al paciente que no se mueva durante un periodo de tiempo de 15/20 minutos.
- Vigilar si se produce sangrado posterior.
- Si hay signos locales de infección (eritema, edema o supuración), recoger la punta del catéter en un bote estéril y seco para su envío a Laboratorio.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar las muestras para enviar a laboratorio en caso de que las hubiere (punta catéter).

Observaciones

- La correcta retirada del catéter reduce el riesgo de complicaciones, como la embolia gaseosa.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar la permeabilidad del catéter arterial.
- Observar el estado del punto de punción.
- Observar el estado del apósito.
- Observar el estado del sistema de monitorización.
- Observar la aparición de posibles complicaciones:
 - **Complicaciones precoces** (durante la implantación o los primeros días):
 - Hemorragia.
 - Embolia gaseosa.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecinas.
 - Frialidad local, dolor en punto de punción y palidez.
 - **Complicaciones tardías:**
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CA.
 - Oclusión del CA.
 - Infección del CA.
 - Lesiones nerviosas: déficits neurológicos.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Observar la permeabilidad del catéter arterial.
- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la gráfica de enfermería la fecha, incidencias y el procedimiento realizado (cura, cambio de sistema, heparinización, extracción de sangre, desobstrucción y retirada). Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1804 Revisión: A Página 887 de 1152
--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Carey W. Cuidados intensivos en enfermería. Nursing Photobook. Barcelona; Doyma, 1986, pp. 90-3.
- Esteban de la Torre A. editor. Técnicas de enfermería. Segunda edición. Barcelona; Rol, 1988, p. 127.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Vicent-Cobet J. Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería. Barcelona: Doyma, 1990: pp. 158-64.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39: 368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet]. 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>.
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Arias-Rivera S, Conde-Alonso P, Sánchez-Izquierdo R, García-Granell C, Martín-de la Torre JA, Ortega-Castro ME, et al. Determinación del volumen mínimo desechable en la extracción de una analítica a través de un catéter arterial. 2004; 15 (3): 123-134.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Sanmartin M, Cuevas D, Goicolea J, Ruiz R, Gómez M y Argibay V. Complicaciones vasculares asociadas al acceso transradial para el cateterismo cardiaco. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 06.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348: 1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28: 18-28.

INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Labari Sanz, Genoveva Lafuente Mateo, Miriam	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1805 Revisión: A Página 889 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVC	CATÉTER VENOSO CENTRAL
CVCAC	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL
CVCAP	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
cm	CENTÍMETROS
NPT	NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
ml	MILILITROS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
PEEP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN (<i>Positive End Expiratory Pressure</i>)
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
VVC	VÍA VENOSA CENTRAL
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVCs) son dispositivos intravasculares de material biocompatible (silicona, poliuretano, etc) y radiopaco cuyo extremo distal queda alojado en los grandes vasos del tórax (vena cava superior) o en las cavidades cardiacas derechas (entrada de aurícula derecha), con fines diagnósticos o terapéuticos. Su colocación pasa por el abordaje de una vena profunda, localizada centralmente en el organismo, aunque su inserción puede ser tanto central, como periférica. De esta manera, los catéteres venosos centrales se clasifican en:

- Catéter venoso central de acceso central (CVCAC).
- Catéter venoso central de acceso periférico (CVCAP).

OBJETIVOS

- Descripción del método de implantación de los CVCAPs para minimizar los riesgos derivados de las técnicas empleadas.
- Unificación de criterios en los cuidados y mantenimiento de los CVC a través de un protocolo que ayude en la formación adecuada del personal de enfermería y de medicina.
- Evitar la obstrucción de las luces del CVC.
- Evitar o disminuir la infección relacionada con el catéter (cumplimentación de la normativa de Bacteriemia Zero).

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVC con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material para la limpieza de la piel del paciente (agua y jabón neutro)
- Antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% (si no se dispone de ella, se puede utilizar povidona yodada al 10%)
- Mascarilla, gorro y cepillo de lavado quirúrgico con clorhexidina
- Guantes quirúrgicos, paños (5 paños o 1 sábana estéril) y bata estériles
- Gasas estériles
- Carro auxiliar de material específico para CVC
- Catéter para vía central de acceso periférico de una o de varias luces
- Ampollas de suero fisiológico 0'9%
- Llaves de tres pasos si se precisan
- Válvulas antirreflujo
- Bomba de perfusión con SF 0'9% 250 ml
- Heparina sódica 20 UI/ml para lavado de catéteres (Fibrilín®) según se precise
- Apósito adhesivo transparente estéril
- Venda autoadhesiva
- Contenedor para objetos punzantes

EJECUCIÓN

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Identificar posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Verificar la indicación de colocación de un CVC y decidir el número de luces del mismo (será el menor posible), así como su acceso (central o periférico).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Comprobar el estado de la coagulación del paciente (coagulopatía, paciente con terapia anticoagulante, etc) y su recuento de plaquetas.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en posición supina con el brazo en ángulo de 45-60º en relación al tórax. [PO-0401](#) En ésta posición elegir la vena que se va a puncionar.
- No rasurar la piel del punto de inserción de manera rutinaria (en caso necesario mejor cortar el vello).

Técnica de colocación de CVCAP mediante técnica Seldinger y medidas de Bacteriemia Zero: [ANEXO 1803-I](#)

- Lavado de la piel del paciente con agua y jabón.
- Gorro y mascarilla: todo el personal que participe en la colocación de CVC debe llevarlos.
- Higiene de las manos de la enfermera: lavado de manos quirúrgico con cepillo con clorhexidina y agua, de manera que se empieza en la punta de los dedos (incluyendo cepillado de uñas) y se avanza hacia los codos, manteniendo las manos elevadas para favorecer que el agua corra hacia abajo. El lavado de manos debe durar al menos 3 minutos, insistiendo en la zona interdigital. Secado con paño estéril. [PO-0903](#)
- Colocar mascarilla y bata quirúrgica estériles: para la enfermera que vaya a realizar el procedimiento. [PO-0905](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpieza de la piel del paciente en el acceso elegido con clorhexidina 2%, comenzando desde el centro y haciendo movimientos circulares hacia fuera.
- Esperar el tiempo de secado mínimo (2 minutos).
- Solicitar a la auxiliar que coloque el compresor a unos 15cm por encima de la zona de inserción. El compresor no debe impedir la circulación arterial.
- Colocar las medidas de barrera en el campo ya limpio: 5 paños o 1 sábana estéril, de manera que quede una pequeña ventana en la zona de inserción del CVC.
- Fijar la vena con el dedo pulgar de la mano izquierda traccionando la piel.
- Coger el catéter con la mano dominante. Insertarlo con el bisel hacia arriba, alineado con la vena, por un lado de ella y con un ángulo de 15-45º hasta que refluya la sangre introduciendo 0,5cm más deslizando el catéter sobre la aguja hasta introducirlo completamente en el canal venoso. Este avance no debe ofrecer resistencia.
- Una vez obtenido reflujo de sangre venosa solicitar la retirada del compresor, y a continuación pasar la guía metálica por la aguja, manteniendo control visual del monitor de ECG por si el roce de la guía provocara arritmias o extrasistolia.
- Colocada la guía, se retirará la aguja, sin que ésta se mueva (presionar el punto de punción con una gasa estéril para sujetar la guía metálica).
- No hacer corte en la piel de rutina.

- Pasar el dilatador por la guía, de manera que esta sobresalga siempre y pueda ser sujeta. El dilatador se sostendrá de manera firme y en la zona más cercana al punto de inserción para evitar que se doble y poder introducirlo más fácilmente a través del tejido subcutáneo del paciente, haciendo giros de 45/90° sobre él mismo.
- Retirar el dilatador e introducir el cabo distal de la guía por el orificio distal del catéter, de manera que antes de que el catéter se introduzca por la piel del paciente, la guía debe asomar por el extremo opuesto como medida de seguridad para no embolizarla.
- Introducir el catéter hasta su posición final (con control visual del monitor de ECG: arritmias-extrasístoles) para que su extremo distal quede en vena cava superior.
- Retirar la guía metálica.
- Comprobar la permeabilidad del catéter aspirando con una jeringa 2-3 ml de sangre.
- Lavar la vía con SF.
- Conectar las válvulas antirreflujo y las llaves de 3 pasos, si son precisas
- Heparinizar con solución de heparina en monodosis 20 ui/ml (Fibrilín®).
- Fijar el catéter a la piel mediante puntos de seda o dispositivos de fijación adhesivos.
- Limpiar la zona con suero fisiológico y aplicar clorhexidina en la zona de inserción.
- Esperar el tiempo de secado mínimo.
- Colocar apósito adhesivo transparente (esto debe de hacerlo la misma persona que ha realizado el procedimiento, para que la primera cura sea en medio estéril).
- Durante el procedimiento, todo el equipo debe colaborar para garantizar la asepsia y la seguridad del mismo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Conectar las perfusiones intravenosas prescritas a las luces del catéter. Las drogas inotrópicas (especialmente la noradrenalina), deberán conectarse solas y preferiblemente en la luz proximal.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.
- Realizar un control radiológico del tórax para confirmar la correcta colocación del CVC y la ausencia de complicaciones.

Punción directa (dispositivos con mecanismo de tambor–dispositivos con protector de bolsa) y medidas de bacteriemia zero: [ANEXO 1803-I](#)

- Lavado de la piel del paciente con agua y jabón.
- Gorro y mascarilla: todo el personal que participe en la colocación de CVC debe llevarlos.
- Higiene de las manos de la enfermera: lavado de manos quirúrgico con cepillo con clorhexidina y agua, de manera que se empieza en la punta de los dedos (incluyendo cepillado de uñas) y se avanza hacia los codos, manteniendo las manos elevadas para favorecer que el agua corra hacia abajo. El lavado de manos debe durar al menos 3 minutos, insistiendo en la zona interdigital. Secado con paño estéril. [PO-0903](#)
- Colocar mascarilla y bata quirúrgica estériles: para la enfermera que vaya a realizar el procedimiento. [PO-0905](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpieza de la piel del paciente en el acceso elegido con clorhexidina 2%, comenzando desde el centro y haciendo movimientos circulares hacia fuera.
- Esperar el tiempo de secado mínimo (2 minutos).

- Solicitar a la auxiliar que coloque el compresor a unos 15 cm por encima de la zona de inserción. El compresor no debe impedir la circulación arterial.
- Colocar las medidas de barrera en el campo ya limpio: 5 paños o 1 sábana estéril, de manera que quede una pequeña ventana en la zona de inserción del CVC.
- Fijar la vena con el dedo pulgar de la mano izquierda traccionando la piel.
- Coger el catéter con la mano dominante. Insertarlo con el bisel hacia arriba, alineado con la vena, por un lado de ella y con un ángulo de 15-45° hasta que refluya la sangre introduciendo 0,5cm más deslizando el catéter sobre la aguja hasta introducirlo completamente en el canal venoso. Este avance no debe ofrecer resistencia.
- Retirar la aguja de su interior y desecharla en el contenedor rígido.
- Insertar el catéter a través de la cánula unos 7-10cm.
- Solicitar la retirada del compresor.
- Se hará avanzar el catéter 15-20cm. Si se observa alguna dificultad, movilizar el brazo haciendo un ángulo de 90°.
- Decir al paciente que gire la cabeza hacia el lado de la punción, lo cual favorece el avance del catéter hacia el corazón, evitando su desplazamiento hacia la yugular.
- Retirar la cánula del introductor fuera del lugar de la punción venosa.
- Sujetar fuertemente las aletas del introductor y doblarlas para iniciar el pelado de la cánula hasta separarla en toda su longitud en dos mitades.
- Progresar el catéter hasta su posición final bien mediante tambor, bien mediante protector de bolsa, siempre con control visual del monitor de ECG (arritmias-extrasístoles).
- Extraer el fiador metálico manteniendo sujeto firmemente el catéter.
- Comprobar la permeabilidad del catéter aspirando con una jeringa 2-3ml de sangre.
- Lavar la vía con SF.
- Colocar válvula antirreflujo.
- Heparinizar con solución de heparina en monodosis 20 ui/ml (Fibrilín®).
- Fijar el catéter a la piel mediante puntos de seda o dispositivos de fijación adhesivos.
- Limpiar la zona con suero fisiológico y agua oxigenada y aplicar clorhexidina en la zona de inserción.
- Esperar el tiempo de secado mínimo.
- Colocar apósito adhesivo transparente (esto debe de hacerlo la misma persona que ha realizado el procedimiento, para que la primera cura sea en medio estéril).
- Durante el procedimiento, todo el equipo debe colaborar para garantizar la asepsia y la seguridad del mismo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Conectar las perfusiones intravenosas prescritas a las luces del catéter. Las drogas inotrópicas (especialmente la noradrenalina), deberán conectarse solas y preferiblemente en la luz proximal.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.
- Realizar un control radiológico del tórax para confirmar la correcta colocación del CVC y la ausencia de complicaciones.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar posibles complicaciones:
 - Complicaciones precoces:
 - Punción arterial (hemorragia).
 - Neumotorax.
 - Hemotórax
 - Embolia gaseosa.
 - Arritmias cardiacas.
 - Malposición.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecina.
 - Complicaciones tardías:
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CVC.
 - Oclusión del CVC.
 - Infección del CVC (IAC).
- Mantener una formación continuada del personal, elaborar protocolos y asegurar su cumplimiento mediante sistemas de vigilancia.
- La clorhexidina al 2% es el antiséptico de preferencia y se deben emplear las máximas medidas de barrera durante la CVC.
- El empleo de catéteres impregnados con antibióticos (rifampicina/minociclina) o antisépticos (clorhexidina/sulfadiacina) ha demostrado disminuir el riesgo de IAC.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1805 Revisión: A Página 895 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Seneff MG. Cateterización venosa central. En: Irwin RS, Rippe JM. Medicina Intensiva. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2006, pp. 16-36.
- York N. The importance of ideal central venous access device tip position. Br J Nurs. 2012 Nov 22-Dec 12; 21 (21): S19-20, S22, S24.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39: 368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet]. 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Protocolo de cuidados del catéter venoso central. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. 2013.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Hernández-Hernández MA, Álvarez-Antoñán C y Pérez-Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 50-3.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348:1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28:18-28.

MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Labari Sanz, Genoveva Lafuente Mateo, Miriam	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	Z1-NSG-PO-1806 Revisión: A Página 897 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVC	CATÉTER VENOSO CENTRAL
CVCAC	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL
CVCAP	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
cm	CENTÍMETROS
NPT	NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
ml	MILILITROS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
PEEP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN (<i>Positive End Expiratory Pressure</i>)
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
VVC	VÍA VENOSA CENTRAL
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVCs) son dispositivos intravasculares de material biocompatible (silicona, poliuretano, etc) y radiopaco cuyo extremo distal queda alojado en los grandes vasos del tórax (vena cava superior) o en las cavidades cardiacas derechas (entrada de aurícula derecha), con fines diagnósticos o terapéuticos. Su colocación pasa por el abordaje de una vena profunda, localizada centralmente en el organismo, aunque su inserción puede ser tanto central, como periférica. De esta manera, los catéteres venosos centrales se clasifican en:

- Catéter venoso central de acceso central (CVCAC).
- Catéter venoso central de acceso periférico (CVCAP).

OBJETIVOS

- Unificación de criterios en los cuidados y mantenimiento de los CVC a través de un protocolo que ayude en la formación adecuada del personal de enfermería y de medicina.
- Evitar la obstrucción de las luces del CVC.
- Evitar o disminuir la infección relacionada con catéter.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVC con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

Cura del punto de inserción del catéter:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Apósito transparente de sujeción de vías centrales
- Apósito de gasa (cuando el paciente presenta un exceso de sudoración, exudado, la zona de inserción sangra)
- Para las vías centrales de acceso periférico: Venda autoadhesiva y tiras de aproximación (para fijar el catéter SIN CORBATA)

Cambio de sistemas de perfusión:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles

- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Los equipos, válvulas y apósito necesarios

Heparinización de vías venosas centrales:

- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Tantos viales de heparina sódica de 20 ui/ml (Fibrilin®) como luces a heparinizar
- 1 aguja para cargar y jeringas de 10 ml (una por cada luz)

Extracción de muestras de sangre:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Sistema Vacutainer y adaptador
- Tubos de analítica
- Jeringa de 5 ml
- Jeringa de 10 ml cargada con Suero fisiológico
- Fibrilin® si se usa una luz heparinizada para la extracción, cargado en una jeringa de 10 ml

Desobstrucción del catéter venoso central:

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paño estéril
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Jeringas de 10 ml
- Suero fisiológico

Retirada de vía central:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Bisturí
- Apósito estéril oclusivo
- Bote estéril seco (si hay signos locales de infección o se sospecha bacteriemia asociada a catéter)
- Botes de hemocultivos (2 aerobios y 2 anaerobios) si hay sospecha de bacteriemia asociada a catéter

EJECUCIÓN

Cura del punto de inserción del catéter:

Indicaciones del cambio de apósito y cura

- Se cambiará:
 - el apósito transparente cada 7 días.
 - el apósito de gasa cada 2 días.
 - siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- La utilización del apósito de gasa es preferible cuando el paciente presenta un exceso de sudoración, o la zona de inserción sangra o tiene exudado.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Identificar posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Inspeccionar diariamente de forma visual y por palpación a través del apósito intacto la zona de inserción del catéter.
- Confirmar la indicación de cambio del apósito y cura atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el apósito).
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Retirar cuidadosamente el apósito.
- Comprobar la normofunción del catéter y que el líquido se infunde correctamente.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Inspeccionar y palpar el lugar de inserción para descartar la presencia de signos y síntomas de flebitis (enrojecimiento, dolor o tacto fibroso), infección (enrojecimiento, hinchazón o exudación) e infiltración o extravasación (edema, hinchazón, palidez o frialdad).
- Limpiar primero con suero salino y después con clorhexidina alcohólica al 2%, empezando por la zona de inserción del catéter en forma circular y hacia el exterior.
- Asegurar la fijación del catéter con las tiras adhesivas (NO CORBATA).
- Cubrir la zona de inserción con un apósito semipermeable transparente o un apósito estéril de gasa convencional (si presenta un exceso de sudoración o exudado), tras dar un tiempo de secado al antiséptico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el apósito la fecha de cura y cambio de apósito.

Observaciones

- Inspección diaria y palpación del punto de inserción todos los días en el turno de tarde.
- Levantar el apósito si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción o fiebre de origen desconocido.
- No retirar el catéter venoso central a causa de la existencia de fiebre. Utilizar criterios clínicos para intentar conservar un catéter cuando el origen de la fiebre puede ser por otra causa.
- No usar ungüentos o cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción (salvo si se usan catéteres de diálisis) por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- Informar al paciente de la necesidad de comunicar a su enfermera cualquier cambio referente a su catéter o cualquier sensación de falta de confort.
- No hacer cultivos rutinarios de puntas de catéter.
- Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que ya no sea indispensable.

Cambio de sistemas de perfusión:

Indicaciones del cambio de los sistemas de perfusión

- Cambiar preferiblemente en el turno de tarde.
- Cambiar los equipos de infusión y válvulas cada 96 horas y cuando estén manchados de sangre.
- En las perfusiones intermitentes, el equipo utilizado se desechará cada 24h, en el turno de mañanas.
- Cuando el sistema de infusión se haya utilizado para administrar sangre, hemoderivados, emulsiones lipídicas o Nutrición Parenteral, se cambiará a las 24 horas desde el inicio de la infusión.
- Los sistemas por los que se perfunde Propofol en perfusión continua se cambiarán cada 24 horas.
- Cuando se cambien los equipos, se cambiarán las alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo.
- Cuando se cambie una vía, cambiar los equipos, alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de cambio del equipo atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el sistema).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proceder al clampado del catéter.
- Retirar el sistema a sustituir dejando el puerto de entrada envuelto en una gasa estéril.
- Purgar el nuevo sistema. A su vez purgar la alargadera y la válvula antirreflujo.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el puerto de entrada (la zona de la conexión) y dejarla secar.
- Conectar el nuevo sistema.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el sistema la fecha de cambio.

Observaciones

- Cuando se deja una luz heparinizada, no deben dejarse alargaderas.
- En las perfusiones continuas, poner la fecha de cambio del sistema en la cámara de goteo del equipo y en la alargadera.

Heparinización de vías venosas centrales:

Indicaciones

- Cuando alguna de las luces de la vía central no se usa continuamente sino intermitentemente, heparinizar después de cada uso. En caso de no usarse, es importante heparinizar la luz cada 24h.
- Cada luz se debe heparinizar con una jeringa distinta.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de heparinización de la luz, atendiendo a las normas de cambio establecidas (una vez por turno).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Cargar, manteniendo la mayor asepsia posible la heparina sódica (Fibrilin®).
- Desinfectar la válvula del sistema cerrado con clorhexidina.
- El uso de la clorhexidina en spray ha de hacerse impregnando una gasa estéril, y no directamente sobre la válvula, ya que de este modo se aplica más cantidad y el tiempo de comienzo de acción se alarga mucho más de los 20 segundos de acción normal de este antiséptico.
- Dar un tiempo de secado.
- Conectar la jeringa con el Fibrilin® e introducirlo.
- Repetir el procedimiento, cambiando de jeringa si se debe repetir.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- Tras la colocación de la vía venosa central, heparinizar con Fibrilin® la luz que no se esté utilizando.

Extracción de muestras de sangre:

Indicaciones

- El Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI, antes National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS)) no recomienda la utilización de muestras recogidas a través de los catéteres intravenosos.
- Aunque la canalización venosa central se reserva para la administración de líquidos y medicación, puede ser utilizada para la obtención de muestras sanguíneas en pacientes en los que estén indicadas extracciones múltiples y repetidas de sangre.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de extracción de analítica.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Seleccionar la luz por la que se va a realizar la extracción, dando preferencia a la luz proximal.
- Clampar las luces y detener las perfusiones si las lleva (NO en drogas vasoactivas).
- Retirar el sistema de perfusión (si no se trata de una luz heparinizada) y la válvula antirreflujo.
- Conectar la jeringa de 5 ml, desclampar y aspirar suavemente hasta desechar 10 ml de sangre.
- Clampar de nuevo.
- Conectar el vacutainer con el adaptador, desclampar y extraer la sangre en los tubos necesarios.
- Clampar de nuevo.
- Lavar el catéter con 10 ml de suero fisiológico (para limpiar el interior del catéter de precipitados sanguíneos).
- Heparinizar la luz utilizada con Fibrilin®, limpiar la conexión con clorhexidina eliminando cualquier resto de sangre y poner válvula antirreflujo o conectar al sistema de infusión.
- Poner en marcha las perfusiones.
- Identificar los tubos de analítica de sangre con los datos del paciente.
- Enviar al servicio de laboratorio los tubos de analítica.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- Puesto que durante la extracción se detienen las perfusiones de todas las luces, evitar alargar el tiempo para la extracción de sangre innecesariamente.
- Transfusiones sanguíneas: Deben perfundirse preferiblemente en una vía venosa periférica.
- Cuando una vía central se use para medir la Presión venosa central, debe conectarse el equipo de PVC directamente a la luz de la vía, retirando el sistema de infusión y la válvula antirreflujo si la lleva.

Desobstrucción del catéter venoso central:

Indicaciones

- Cuando la obstrucción de la luz de un catéter venoso central no permita la adecuada perfusión de soluciones o la extracción de sangre.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar del estado de obstrucción del catéter.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Intentar infundir 10ml de suero fisiológico con una jeringa de 10ml (no utilizar jeringas de menor calibre ya que pueden dañar o romper el catéter) después de:
 - Cambiar de posición al paciente (decúbito supino, trendelemburg, cabeza girada al lado contrario de inserción del catéter). [PO-0401](#)
 - Hacerle toser.
- Intentar realizar la extracción sanguínea mientras el paciente respira profundamente o hace fuerza con el abdomen (aumento de la presión torácica mediante la maniobra de Valsalva).
- No intentar nunca la desobstrucción de un catéter con presión positiva ya que puede enviar un trombo al torrente sanguíneo o romper el catéter.
- Si estas acciones no son efectivas, avisar al médico para valorar la retirada y colocación de una nueva vía central.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- No utilizar heparina sódica para intentar desobstruir el catéter.

Retirada de vía central:

Indicaciones

- Los catéteres venosos centrales no deben ser reemplazados rutinariamente para prevenir infecciones relacionadas con el catéter.
- No retirar el catéter venoso central sólo por la presencia de fiebre. Aplicar el juicio clínico sobre la pertinencia o no de retirarlo, si se evidencia infección en otro lugar o se sospecha fiebre de origen no infeccioso.
- No hacer rutinariamente recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados para prevenir la infección.
- No hacer recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados sospechosos de infección.
- Hacer recambio mediante guía de catéteres no tunelizados que funcionen mal si no se evidencian signos de infección.
- Retirar lo antes posible el catéter cuando no sea necesario.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar la prescripción de retirada del CVC.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama horizontal, a menos que esté contraindicado. [PO-0401](#)
- Si se observan eritema, edema o supuración, antes de retirar el catéter informar al médico por si éste solicita un cultivo de la punta del catéter. Si se sospecha bacteriemia asociada a catéter, además del cultivo de la punta del catéter se solicitarán dos hemocultivos.
- Los hemocultivos en caso de sospecha de bacteriemia asociada a catéter se realizarán simultáneos, unos del propio catéter y los otros de una vena periférica, especificando en los botes la procedencia de los mismos.
- Proceder al clampado del catéter.
- Despegar el apósito.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el punto de inserción y dejar secar.
- Retirar, en caso de que los hubiese, los puntos de sutura que sujetan el catéter.
- Pedir al paciente que coja aire, deje de respirar y lo expulse. Si es incapaz de hacerlo o está contraindicado, pedirle que expulse aire o ponerle en posición de Trendelenburg. [PO-0401](#)
- Retirar suavemente el catéter de la vena donde se inserta, protegiendo el lugar de inserción con una gasa estéril para no introducir aire. Si nota resistencia, interrumpa la maniobra y avise al médico.
- Presionar sobre la zona con una gasa impregnada en clorhexidina alcohólica al 2% durante 3 minutos.
- Colocar un apósito estéril oclusivo sobre el lugar de inserción para impedir una embolia gaseosa tardía.
- Recomendar al paciente que no se mueva durante un periodo de tiempo de 15/20 minutos.
- Vigilar si se produce sangrado posterior.
- Si hay signos locales de infección (eritema, edema o supuración), recoger la punta del catéter en un bote estéril y seco para su envío a Laboratorio.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar las muestras para enviar a laboratorio en caso de que las hubiere (punta catéter).

Observaciones

- La correcta retirada del catéter reduce el riesgo de complicaciones, como la embolia gaseosa.
- No retirar el catéter cuando el paciente está cogiendo aire.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar la permeabilidad del CVC.
- Observar el estado del punto de punción.
- Observar el estado del apósito.
- Vigilar posibles complicaciones:
 - Complicaciones precoces:
 - Punción arterial (hemorragia).
 - Neumotorax.
 - Hemotórax
 - Embolia gaseosa.
 - Arritmias cardíacas.
 - Malposición.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecina. Complicaciones tardías:
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CVC.
 - Oclusión del CVC.
 - Infección del CVC (IAC).
- Mantener una formación continuada del personal, elaborar protocolos y asegurar su cumplimiento mediante sistemas de vigilancia.
- La clorhexidina al 2% es el antiséptico de preferencia y se deben emplear las máximas medidas de barrera durante la CVC.
- El empleo de catéteres impregnados con antibióticos (rifampicina/minociclina) o antisépticos (clorhexidina/sulfadiacina) ha demostrado disminuir el riesgo de IAC.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Seneff MG. Cateterización venosa central. En: Irwin RS, Rippe JM. Medicina Intensiva. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2006, pp. 16-36.
- York N. The importance of ideal central venous access device tip position. Br J Nurs. 2012 Nov 22-Dec 12; 21 (21): S19-20, S22, S24.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39:368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet]. 2010; 20. [Acceso 15 febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Protocolo de cuidados del catéter venoso central. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. 2013.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Hernández-Hernández MA, Álvarez-Antoñán C y Pérez-Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 50-3.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348: 1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28: 18-28.

INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Labari Sanz, Genoveva Lafuente Mateo, Miriam	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1807 Revisión: A Página 909 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVC	CATÉTER VENOSO CENTRAL
CVCAC	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL
CVCAP	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
cm	CENTÍMETROS
NPT	NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
ml	MILILITROS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
PEEP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN (<i>Positive End Expiratory Pressure</i>)
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
VVC	VÍA VENOSA CENTRAL
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVCs) son dispositivos intravasculares de material biocompatible (silicona, poliuretano, etc) y radiopaco cuyo extremo distal queda alojado en los grandes vasos del tórax (vena cava superior) o en las cavidades cardiacas derechas (entrada de aurícula derecha), con fines diagnósticos o terapéuticos. Su colocación pasa por el abordaje de una vena profunda, localizada centralmente en el organismo, aunque su inserción puede ser tanto central, como periférica. De esta manera, los catéteres venosos centrales se clasifican en:

- Catéter venoso central de acceso central (CVCAC).
- Catéter venoso central de acceso periférico (CVCAP).

OBJETIVOS

- Descripción del método de implantación de los CVCACs para minimizar los riesgos derivados de las técnicas empleadas.
- Unificación de criterios en los cuidados y mantenimiento de los CVC a través de un protocolo que ayude en la formación adecuada del personal de enfermería y de medicina.
- Evitar la obstrucción de las luces del CVC.
- Evitar o disminuir la infección relacionada con catéter (cumplimentación de la normativa de Bacteriemia Zero).

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVC con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material para la limpieza de la piel del paciente (agua y jabón neutro)
- Antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% (si no se dispone de ella, se puede utilizar povidona yodada al 10%)
- Mascarilla, gorro y cepillo de lavado quirúrgico con clorhexidina
- Guantes quirúrgicos, paños (5 paños o 1 sábana fenestrada) y bata estériles
- Gasas estériles
- Carro auxiliar de material específico para CVC
- Jeringa estéril de uso parenteral de 5 ml
- Aguja intramuscular larga
- Anestésico local: mepivacaína 2% (2 ampollas)
- Hoja de bisturí de punta recta (sino sale en el equipo del CVC)
- Catéter para vía central de acceso central de dos, de tres o de cuatro luces (el elegido anteriormente por el médico)
- Sutura (seda del 0 con aguja recta)
- Ampollas de suero fisiológico (SF) 0'9%

- Llaves de tres pasos si se precisan
- Válvulas antirreflujo
- Bomba de perfusión con SF 0'9% 250 ml
- Heparina sódica 20 UI/ml para lavado de catéteres (Fibrilín®) según se precise
- Apósito adhesivo transparente estéril
- Contenedor para objetos punzantes

EJECUCIÓN

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si está consciente.
- Identificar posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Verificar la indicación de colocación de un CVC y decidir el número de luces del mismo (será el menor posible), así como su acceso (central o periférico).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Comprobar el estado de la coagulación del paciente (coagulopatía, paciente con terapia anticoagulante, etc) y su recuento de plaquetas.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino [PO-0401](#), (retirar almohada) y con la cama horizontal o en ligero Trendelenburg, si el CVC se va a insertar en la vena yugular o subclavia (o según indicación médica).
- No rasurar la piel del punto de inserción de manera rutinaria (en caso necesario mejor cortar el vello).

Técnica de colocación de CVCAC (técnica de Seldinger) y medidas de Bacteriemia Zero: [ANEXO 1803-I](#)

- Lavado de la piel del paciente con agua y jabón.
- Gorro y mascarilla: todo el personal que participe en la colocación de CVC debe llevarlos.
- Higiene de las manos del facultativo: lavado de manos quirúrgico con cepillo con clorhexidina y agua, de manera que se empieza en la punta de los dedos (incluyendo cepillado de uñas) y se avanza hacia los codos, manteniendo las manos elevadas para favorecer que el agua corra hacia abajo. El lavado de manos debe durar al menos 3 minutos, insistiendo en la zona interdigital. Secado con paño estéril. [PO-0903](#)
- Colocar mascarilla y bata quirúrgica estériles: para el facultativo que vaya a realizar el procedimiento. [PO-0905](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpieza de la piel del paciente en el acceso elegido con clorhexidina alcohólica 2%, comenzando desde el centro y haciendo movimientos circulares hacia fuera.
- Esperar el tiempo de secado mínimo (2 minutos).
- Colocar las medidas de barrera en el campo ya limpio: 5 paños o 1 sábana estéril, de manera que quede una pequeña ventana en la zona de inserción del CVC.

- Preparar el material necesario:
 - Cargar el anestésico local en la jeringa de 5 ml y colocar la aguja intramuscular.
 - Comprobar el equipo del catéter (jeringa, aguja, guía metálica, dilatador, catéter y bisturí si está incorporado) asegurándose de que todo está correcto y purgando las luces del mismo.
 - Seda de un cero.
- Inyectar en la zona de inserción un habón subcutáneo de anestésico local. Esperar unos segundos a que difunda y haga efecto.
- Durante la inyección del anestésico, avanzar la aguja aspirando para localizar la vena, sin que se infunda anestésico en ella.
- Una vez anestesiada la zona, avanzar con la aguja del equipo de catéter, aspirando a la vez hasta que se localice la vena.
- Una vez obtenido reflujo de sangre venosa, pasar la guía metálica por la aguja, manteniendo control visual del monitor de ECG por si el roce de la guía provocara arritmias o extrasistolia.
- Colocada la guía, se retirará la aguja, sin que ésta se mueva (presionar el punto de punción con una gasa estéril para sujetar la guía metálica).
- No hacer corte en la piel de rutina.
- Pasar el dilatador por la guía, de manera que esta sobresalga siempre y pueda ser sujeta. El dilatador se sostendrá de manera firme y en la zona más cercana al punto de inserción para evitar que se doble y poder introducirlo más fácilmente a través del tejido subcutáneo del paciente, haciendo giros de 45-90° sobre él mismo.
- Retirar el dilatador e introducir el cabo distal de la guía por el orificio distal del catéter, de manera que antes de que el catéter se introduzca por la piel del paciente, la guía debe asomar por el extremo opuesto como medida de seguridad para no embolizarla.
- Introducir el catéter (con control visual del monitor de ECG) hasta la marca de longitud deseada para que su extremo distal quede en vena cava superior.
- Retirar la guía metálica.
- Conectar las válvulas antirreflujo y las llaves de 3 pasos, si son precisas, y lavar las luces del catéter para evitar su obstrucción (suero fisiológico y heparina).
- Asegurar una correcta fijación del catéter suturando con seda de un cero las orejuelas a la piel del paciente, para evitar entradas y salidas a través del punto de punción.
- Limpiar la zona con suero fisiológico y agua oxigenada y aplicar clorhexidina en la zona de inserción.
- Esperar el tiempo de secado mínimo.
- Colocar apósito adhesivo transparente (esto debe de hacerlo la misma persona que ha realizado el procedimiento, para que la primera cura sea en medio estéril).
- Durante el procedimiento, todo el equipo debe colaborar con el facultativo en las diferentes secuencias para garantizar la asepsia y la seguridad del mismo.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Conectar las perfusiones intravenosas prescritas a las luces del catéter. Las drogas inotrópicas (especialmente la noradrenalina), deberán conectarse solas y preferiblemente en la luz proximal.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.
- Realizar un control radiológico del tórax para confirmar la correcta colocación del CVC y la ausencia de complicaciones.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar posibles complicaciones:
 - Complicaciones precoces:
 - Punción arterial (hemorragia).
 - Neumotorax.
 - Hemotórax
 - Embolia gaseosa.
 - Arritmias cardíacas.
 - Malposición.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecina.
 - Complicaciones tardías:
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CVC.
 - Oclusión del CVC.
 - Infección del CVC (IAC).
- Mantener una formación continuada del personal, elaborar protocolos y asegurar su cumplimiento mediante sistemas de vigilancia.
- La vena subclavia, salvo contraindicación, es el lugar de elección por su menor tasa de infección y trombosis.
- La clorhexidina al 2% es el antiséptico de preferencia y se deben emplear las máximas medidas de barrera durante la CVC.
- El empleo de catéteres impregnados con antibióticos (rifampicina/minociclina) o antisépticos (clorhexidina/sulfadiacina) ha demostrado disminuir el riesgo de IAC.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Seneff MG. Cateterización venosa central. En: Irwin RS, Rippe JM. Medicina Intensiva. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2006, pp. 16-36.
- York N. The importance of ideal central venous access device tip position. Br J Nurs. 2012 Nov 22-Dec 12; 21 (21): S19-20, S22, S24.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39: 368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet]. 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Protocolo de cuidados del catéter venoso central. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. 2013.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Hernández-Hernández MA, Álvarez-Antoñán C y Pérez-Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 50-3.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348: 1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28: 18-28.

MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Labari Sanz, Genoveva Lafuente Mateo, Miriam	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 916 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

CVC	CATÉTER VENOSO CENTRAL
CVCAC	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL
CVCAP	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
cm	CENTÍMETROS
NPT	NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
ml	MILILITROS
SF	SUERO FISIOLÓGICO
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
PEEP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN (<i>Positive End Expiratory Pressure</i>)
IAC	INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
CDC	CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
VVC	VÍA VENOSA CENTRAL
BRC	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

DEFINICIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVCs) son dispositivos intravasculares de material biocompatible (silicona, poliuretano, etc) y radiopaco cuyo extremo distal queda alojado en los grandes vasos del tórax (vena cava superior) o en las cavidades cardiacas derechas (entrada de aurícula derecha), con fines diagnósticos o terapéuticos. Su colocación pasa por el abordaje de una vena profunda, localizada centralmente en el organismo, aunque su inserción puede ser tanto central, como periférica. De esta manera, los catéteres venosos centrales se clasifican en:

- Catéter venoso central de acceso central (CVCAC).
- Catéter venoso central de acceso periférico (CVCAP).

OBJETIVOS

- Descripción del método de mantenimiento de los CVCACs para minimizar los riesgos derivados de las técnicas empleadas.
- Unificación de criterios en los cuidados y mantenimiento de los CVC a través de un protocolo que ayude en la formación adecuada del personal de enfermería y de medicina.
- Evitar la obstrucción de las luces del CVC.
- Evitar o disminuir la infección relacionada con catéter (cumplimentación de la normativa de Bacteriemia Zero).

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la canalización de un CVC con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

Cura del punto de inserción del catéter:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Clorhexidina alcohólica al 2 % (ó povidona yodada al 10%)
- Apósito transparente de sujeción de vías centrales
- Apósito de gasa (cuando el paciente presenta un exceso de sudoración, exudado, la zona de inserción sangra)
- Para las vías centrales de acceso periférico: Venda autoadhesiva y tiras de aproximación (para fijar el catéter SIN CORBATA)

Cambio de sistemas de perfusión:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Los equipos, válvulas y apósito necesarios

Heparinización de vías venosas centrales:

- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Tantos viales de heparina sódica de 20 ui/ml (Fibrilin®) como luces a heparinizar
- 1 aguja para cargar y jeringas de 10 ml (una por cada luz)

Extracción de muestras de sangre:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Sistema Vacutainer y adaptador
- Tubos de analítica
- Jeringa de 5 ml
- Jeringa de 10 ml cargada con Suero fisiológico
- Fibrilin® si se usa una luz heparinizada para la extracción, cargado en una jeringa de 10 ml

Desobstrucción del catéter venoso central:

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paño estéril
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Jeringas de 10 ml
- Suero fisiológico

Retirada de vía central:

- Guantes no estériles
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Gasas estériles
- Clorhexidina alcohólica al 2% (ó povidona yodada al 10%)
- Bisturí
- Apósito estéril oclusivo
- Bote estéril seco (si hay signos locales de infección o se sospecha bacteriemia asociada a catéter)
- Botes de hemocultivos (2 aerobios y 2 anaerobios) si hay sospecha de bacteriemia asociada a catéter

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 919 de 1152
--	---	---

EJECUCIÓN

Cura del punto de inserción del catéter:

Indicaciones del cambio de apósito y cura

- Se cambiará:
 - el apósito transparente cada 7 días.
 - el apósito de gasa cada 2 días.
 - siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- La utilización del apósito de gasa es preferible cuando el paciente presenta un exceso de sudoración, o la zona de inserción sangra o tiene exudado.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Inspeccionar diariamente de forma visual y por palpación a través del apósito intacto la zona de inserción del catéter.
- Confirmar la indicación de cambio del apósito y cura atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el apósito).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Retirar cuidadosamente el apósito.
- Comprobar la normofunción del catéter y que el líquido se infunde correctamente.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Inspeccionar y palpar el lugar de inserción para descartar la presencia de signos y síntomas de flebitis (enrojecimiento, dolor o tacto fibroso), infección (enrojecimiento, hinchazón o exudación) e infiltración o extravasación (edema, hinchazón, palidez o frialdad).
- Limpiar primero con suero salino y después con clorhexidina alcohólica al 2%, empezando por la zona de inserción del catéter en forma circular y hacia el exterior.
- Asegurar la fijación del catéter con las tiras adhesivas (NO CORBATA).
- Cubrir la zona de inserción con un apósito semipermeable transparente o un apósito estéril de gasa convencional (si presenta un exceso de sudoración o exudado), tras dar un tiempo de secado al antiséptico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el apósito la fecha de cura y cambio de apósito.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 920 de 1152
--	---	--

Observaciones

- Inspección diaria y palpación del punto de inserción todos los días en el turno de tarde.
- Levantar el apósito si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción o fiebre de origen desconocido.
- No retirar el catéter venoso central a causa de la existencia de fiebre. Utilizar criterios clínicos para intentar conservar un catéter cuando el origen de la fiebre puede ser por otra causa.
- No usar ungüentos o cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción (salvo si se usan catéteres de diálisis) por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- Informar al paciente de la necesidad de comunicar a su enfermera cualquier cambio referente a su catéter o cualquier sensación de falta de confort.
- No hacer cultivos rutinarios de puntas de catéter.
- Retirar cualquier catéter intravascular que ya no sea indispensable.

Cambio de sistemas de perfusión:

Indicaciones del cambio de los sistemas de perfusión

- Cambiar preferiblemente en el turno de tarde.
- Cambiar los equipos de infusión y válvulas cada 96 horas y cuando estén manchados de sangre.
- En las perfusiones intermitentes, el equipo utilizado se desechará cada 24h, en el turno de mañanas.
- Cuando el sistema de infusión se haya utilizado para administrar sangre, hemoderivados, emulsiones lipídicas o Nutrición Parenteral, se cambiará a las 24 horas desde el inicio de la infusión.
- Los sistemas por los que se perfunde Propofol en perfusión continua se cambiarán cada 24 horas.
- Cuando se cambien los equipos, se cambiarán las alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo.
- Cuando se cambie una vía, cambiar los equipos, alargaderas, llaves de tres pasos y válvulas antirreflujo.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de cambio del equipo atendiendo a las normas de cambio establecidas (comprobar la fecha del último cambio anotada en el sistema).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proceder al clampado del catéter.
- Retirar el sistema a sustituir dejando el puerto de entrada envuelto en una gasa estéril.
- Purgar el nuevo sistema. A su vez purgar la alargadera y la válvula antirreflujo.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el puerto de entrada (la zona de la conexión) y dejarla secar.
- Conectar el nuevo sistema.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 921 de 1152
--	---	---

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Anotar sobre el sistema la fecha de cambio.

Observaciones

- Cuando se deja una luz heparinizada, no deben dejarse alargaderas.
- En las perfusiones continuas, poner la fecha de cambio del sistema en la cámara de goteo del equipo y en la alargadera.

Heparinización de vías venosas centrales:

Indicaciones

- Cuando alguna de las luces de la vía central no se usa continuamente sino intermitentemente, heparinizar después de cada uso. En caso de no usarse, heparinizar la luz cada 24h.
- Cada luz se debe heparinizar con una jeringa distinta.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de heparinización de la luz atendiendo a las normas de cambio establecidas (una vez por turno).
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Cargar, manteniendo la mayor asepsia posible la heparina sódica (Fibrilin®).
- Desinfectar la válvula del sistema cerrado con clorhexidina.
- El uso de la clorhexidina en spray ha de hacerse impregnando una gasa estéril, y no directamente sobre la válvula, ya que de este modo se aplica más cantidad y el tiempo de comienzo de acción se alarga mucho más de los 20 segundos de acción normal de este antiséptico.
- Dar un tiempo de secado.
- Conectar la jeringa con el Fibrilin® e introducirlo.
- Repetir el procedimiento, cambiando de jeringa si se debe repetir.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- Tras la colocación de la vía venosa central, heparinizar con Fibrilin® la luz que no se esté utilizando.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 922 de 1152
--	---	---

Extracción de muestras de sangre:

Indicaciones

- El Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI, antes National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS)) no recomienda la utilización de muestras recogidas a través de los catéteres intravenosos.
- Aunque la canalización venosa central se reserva para la administración de líquidos y medicación, puede ser utilizada para la obtención de muestras sanguíneas en pacientes en los que estén indicadas extracciones múltiples y repetidas de sangre.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Confirmar la indicación de extracción de analítica.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Seleccionar la luz por la que se va a realizar la extracción, dando preferencia a la luz proximal.
- Clampar las luces y detener las perfusiones si las lleva (NO en drogas vasoactivas).
- Retirar el sistema de perfusión (si no se trata de una luz heparinizada) y la válvula antirreflujo.
- Conectar la jeringa de 5 ml, desclampar y aspirar suavemente hasta desechar 10 ml de sangre.
- Clampar de nuevo.
- Conectar el vacutainer con el adaptador, desclampar y extraer la sangre en los tubos necesarios.
- Clampar de nuevo.
- Lavar el catéter con 10 ml de suero fisiológico (para limpiar el interior del catéter de precipitados sanguíneos).
- Heparinizar la luz utilizada con Fibrilin®, limpiar la conexión con clorhexidina eliminando cualquier resto de sangre y poner válvula antirreflujo o conectar al sistema de infusión.
- Poner en marcha las perfusiones.
- Identificar los tubos de analítica de sangre, con los datos del paciente.
- Enviar al servicio de laboratorio los tubos de analítica.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- Puesto que durante la extracción se detienen las perfusiones de todas las luces, evitar alargar el tiempo para la extracción de sangre innecesariamente.
- Transfusiones sanguíneas: Deben perfundirse preferiblemente en una vía venosa periférica.
- Cuando una vía central se use para medir la Presión venosa central, debe conectarse el equipo de PVC directamente a la luz de la vía, retirando el sistema de infusión y la válvula antirreflujo si la lleva.

Desobstrucción del catéter venoso central:

Indicaciones

- Cuando la obstrucción de la luz de un catéter venoso central no permita la adecuada perfusión de soluciones o la extracción de sangre.

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar del estado de obstrucción del catéter.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Intentar infundir 10 ml de suero fisiológico con una jeringa de 10 ml (no utilizar jeringas de menor calibre ya que pueden dañar o romper el catéter) después de:
 - Cambiar de posición al paciente (decúbito supino, trendelemburg, cabeza girada al lado contrario de inserción del catéter).
 - Hacerle toser.
- Intentar realizar la extracción sanguínea mientras el paciente respira profundamente o hace fuerza con el abdomen (aumento de la presión torácica mediante la maniobra de Valsalva).
- No intentar nunca la desobstrucción de un catéter con presión positiva ya que puede enviar un trombo al torrente sanguíneo o romper el catéter.
- Si estas acciones no son efectivas, avisar al médico para valorar la retirada y colocación de una nueva vía central.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Observaciones

- No utilizar heparina sódica para intentar desobstruir el catéter.

Retirada de vía central:

Indicaciones

- Los catéteres venosos centrales no deben ser reemplazados rutinariamente para prevenir infecciones relacionadas con el catéter.
- No retirar el catéter venoso central sólo por la presencia de fiebre. Aplicar el juicio clínico sobre la pertinencia o no de retirarlo, si se evidencia infección en otro lugar o se sospecha fiebre de origen no infeccioso.
- No hacer rutinariamente recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados para prevenir la infección.
- No hacer recambios de vía mediante guía de catéteres no tunelizados sospechosos de infección.
- Hacer recambio mediante guía de catéteres no tunelizados que funcionen mal si no se evidencian signos de infección.
- Retirar lo antes posible el catéter cuando no sea necesario.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 924 de 1152
--	---	--

Ejecución

- Identificar al paciente.
- Comprobar la prescripción de retirada del CVC.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama horizontal, a menos que esté contraindicado.
- Si se observan eritema, edema o supuración, antes de retirar el catéter informar al médico por si éste solicita un cultivo de la punta del catéter. Si se sospecha bacteriemia asociada a catéter, además del cultivo de la punta del catéter se solicitarán dos hemocultivos.
- Los hemocultivos en caso de sospecha de bacteriemia asociada a catéter se realizarán simultáneos, unos del propio catéter y los otros de una vena periférica, especificando en los botes la procedencia de los mismos.
- Proceder al clampado del catéter.
- Despegar el apósito.
- Colocación guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar con clorhexidina alcohólica al 2% el punto de inserción y dejar secar.
- Retirar en casao de que los hubiese, los puntos de sutura que sujetan el catéter.
- Pedir al paciente que coja aire, deje de respirar y lo expulse. Si es incapaz de hacerlo o está contraindicado, pedirle que expulse aire o ponerle en posición de Trendelenburg. [PO-0401](#)
- Retirar suavemente el catéter de la vena donde se inserta, protegiendo el lugar de inserción con una gasa estéril para no introducir aire. Si nota resistencia, interrumpa la maniobra y avise al médico.
- Presionar sobre la zona con una gasa impregnada en clorhexidina alcohólica al 2% durante 3 minutos.
- Colocar un apósito estéril oclusivo sobre el lugar de inserción para impedir una embolia gaseosa tardía.
- Recomendar al paciente que no se mueva durante un periodo de tiempo de 15-20 minutos.
- Vigilar si se produce sangrado posterior.
- Si hay signos locales de infección (eritema, edema o supuración), recoger la punta del catéter en un bote estéril y seco para su envío a Laboratorio.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Identificar las muestras para enviar a laboratorio en caso de que las hubiere (punta catéter).

Observaciones

- La correcta retirada del catéter reduce el riesgo de complicaciones, como la embolia gaseosa.
- No retirar el catéter cuando el paciente está cogiendo aire.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Observar la permeabilidad del catéter arterial.
- Observar el estado del punto de punción.
- Observar el estado del apósito.
-
- Vigilar posibles complicaciones:
 - Complicaciones precoces:
 - Punción arterial (hemorragia).
 - Neumotorax.
 - Hemotórax
 - Embolia gaseosa.
 - Arritmias cardíacas.
 - Malposición.
 - Rotura y embolismo del catéter o de la guía.
 - Punción accidental de estructuras vecina. Complicaciones tardías:
 - Fístulas arteriovenosas y pseudoaneurismas.
 - Trombosis del CVC.
 - Oclusión del CVC.
 - Infección del CVC (IAC).
- Mantener una formación continuada del personal, elaborar protocolos y asegurar su cumplimiento mediante sistemas de vigilancia.
- La clorhexidina al 2% es el antiséptico de preferencia y se deben emplear las máximas medidas de barrera durante la CVC.
- El empleo de catéteres impregnados con antibióticos (rifampicina/minociclina) o antisépticos (clorhexidina/sulfadiacina) ha demostrado disminuir el riesgo de IAC.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO CENTRAL	Z1-NSG-PO-1808 Revisión: A Página 926 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Seneff MG. Cateterización venosa central. En: Irwin RS, Rippe JM. Medicina Intensiva. 5ª ed. Madrid: Marbán Libros; 2006, pp. 16-36.
- York N. The importance of ideal central venous access device tip position. Br J Nurs. 2012 Nov 22-Dec 12; 21 (21): S19-20, S22, S24.
- Protocolo general de catéteres venosos centrales de inserción central. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. 2005.4. Protocolo para el manejo de catéteres venosos centrales temporales. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Versión 2; 2009.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39:368.
- An intervencion to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Provonost P, Needahm D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. New Eng 2006; 355 (26).
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Bacteriemia Zero. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Cárcoba-Rubio N, Ceña-Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica Seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enfermería global. [Internet]. 2010; 20. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300015>
- Carrero-Caballero MC. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- Protocolo de cuidados del catéter venoso central. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. 2013.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Center for Disease Control and Prevention (C.D.C.). 2011.
- Hernández-Hernández MA, Álvarez-Antoñán C y Pérez-Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 50-3.
- McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. N Engl J Med. 2003; 348: 1123-33.
- Polderman KH, Girbes ARJ. Central venous catheter use. Part 2: infectious complications. Intensive Care Med. 2002; 28: 18-28.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PERICARDIOCENTESIS DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Lafuente Mateo, Miriam	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	María Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PERICARDIOCENTESIS DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	Z1-NSG-PO-1809 Revisión: A Página 928 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TCAE	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA
ml	MILILITROS
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
AD	AURÍCULA DERECHA
VD	VENTRÍCULO DERECHO
VI	VENTRÍCULO IZQUIERDO
GC	GASTO CARDIACO
SCA	SÍNDROME CORONARIO AGUDO
TV	TAQUICARDIA VENTRICULAR
FV	FIBRILACIÓN VENTRICULAR
PCR	PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
TA	TENSIÓN ARTERIAL
cm	CENTÍMETROS
fr	FRENCH

DEFINICIÓN

Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico invasivo que consiste en la evacuación de líquido del saco pericárdico mediante punción percutánea siendo la vía de abordaje más usada la zona subxifoidea.

OBJETIVOS

- Vigilancia de la posible aparición de complicaciones.
- Cuidados adecuados y sistematizados del drenaje pericárdico.
- Cuidados adecuados del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica.

ALCANCE

Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar la realización de una pericardiocentesis, bien con fines diagnósticos como terapéuticos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material para la limpieza de la piel del paciente (agua y jabón neutro)
- Antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% (si no se dispone de ella, se puede utilizar povidona yodada al 10%)
- Mascarilla, gorro y cepillo de lavado quirúrgico con clorhexidina
- Guantes quirúrgicos
- Paños estériles (5 paños o 1 sábana fenestrada)
- Bata estéril
- Gasas estériles
- Jeringa de 5ml
- Aguja intramuscular
- Anestésico local: mepivacaína 2% (2 ampollas)
- Hoja de bisturí de punta recta
- Sutura (seda del 0 con aguja recta)
- Frascos para la recogida de muestras (al menos 3)
- Contenedor para objetos punzantes
- Kit de pericardiocentesis, PeriVac[®], que contiene:
 - 2 Esponjas de lavado de campo o aplicadores preparatorios
 - Bisturí del nº 11 con mango
 - 2 Agujas de punción percutánea -una de calibre 21x1 pulgadas y otra de 25x1 pulgadas
 - 2 Jeringas: una de 10 ml y otra de 20 ml
 - Aguja de procedimiento de calibre 18
 - Guía metálica de 80 cm con punta en J
 - Dilatador de 8 fr
 - Catéter biocompatible

- Hilo conector de ECG con pinzas Alligátor
- Bolsa colectora de 1000 ml para drenaje
- Llave de paso de tres vías
- 4 Gasas
- Sutura de 3/0 con aguja curva
- Pinza de cocodrilo, si se dispone
- Carro de paradas
- Electrocardiógrafo y monitorización ECG continua
- Desfibrilador preparado

EJECUCIÓN

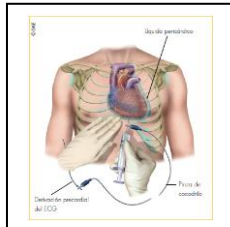
Técnica:

- Identificar al paciente y posibles alergias (látex, anestésicos, etc).
- Verificar la indicación de realización de la pericardiocentesis.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración, si no se encuentra bajo sedoanalgesia.
- Comprobar la cumplimentación del consentimiento informado (salvo situaciones de urgencia vital). [ANEXO 1809-I](#)
- Comprobar que se ha realizado el estudio de coagulación del paciente (coagulopatía, paciente con terapia anticoagulante, etc) y su recuento de plaquetas.
- Mantener al paciente en ayunas, cuando sea posible, desde 6 horas antes al procedimiento.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en decúbito supino, [PO-0401](#) y con el plano de la cama elevado 45°.
- Realizar ECG de 12 derivaciones previo al inicio de la técnica. [PO-1834](#)
- Monitorizar las constantes del paciente (FC, TA, saturación de oxígeno, etc).
- Realizar sedación ligera según prescripción del facultativo.
- Lavar con agua y jabón el tórax del paciente.
- No rasurar la piel del punto de inserción de manera rutinaria (en caso necesario mejor cortar el vello).
- Desinfectar la piel del tórax con gasas y guantes estériles, utilizando clorhexidina alcohólica al 2% (en su defecto, povidona yodada).
- Lavado quirúrgico. [PO-0903](#)
- Preparación del facultativo que va a realizar la técnica. [PO-0905](#)
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Preparar el campo estéril.
- Durante el procedimiento, todo el equipo debe colaborar con el facultativo en las diferentes secuencias para garantizar la asepsia y la seguridad del mismo:
 - Anestesiarse localmente la zona de punción (subxifoidea: entre el apéndice xifoideo y el reborde costal de la 12ª costilla izquierda), si es necesario.



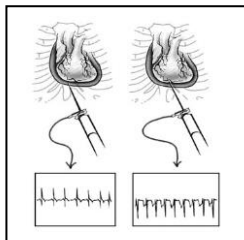
- Abrir el kit de pericardiocentesis y organizar el material necesario.

- Si se dispone de pinza de cocodrilo, ésta se debe unir al eje metálico de la aguja por un extremo, y por el otro a una derivación precordial del ECG.



- Puncionar la piel, con un ángulo de 45°, de 1 a 2 cm por debajo del borde izquierdo de la unión condroxifoidea.

- Avanzar la aguja en dirección a la escápula izquierda, cuidadosamente, siempre observando posibles cambios en el ECG y manteniendo aspiración continua en la jeringa, levantando el émbolo.



- Cuando la aguja se introduce más allá de la cavidad pericárdica, por ejemplo, dentro del miocardio, aparece en el monitor del ECG una imagen conocida como "corriente de lesión", que corresponde a cambios importantes del segmento ST o ensanchamiento y crecimiento del complejo QRS. Este patrón indica que la aguja de pericardiocentesis debe ser retirada hasta que vuelva a aparecer el trazo basal del ECG. También pueden aparecer extrasístoles ventriculares secundarias a la irritación del miocardio.

- Cuando la punta de la aguja penetra al saco pericárdico lleno de líquido o de sangre, se aspira el contenido. Para saber si se ha llegado al espacio pericárdico se debe valorar la obtención de sangre no pulsátil y que no coagula (los movimientos del corazón la desfibrinan rápidamente, si la sangre obtenida se coagula es que se puncionó una cavidad cardiaca).

- En este momento, existen 2 posibilidades:

- Pericardiocentesis diagnóstica:

- Se extrae contenido pericárdico con la aguja y la jeringa en cantidad suficiente para enviar las muestras que se necesiten para su análisis.
- Se retira la aguja y se cura la zona con solución desinfectante, colocando un apósito posteriormente.
- No se deja catéter para drenaje continuo.

- Pericardiocentesis terapéutica:

- Mediante la técnica de Seldinger, se pasa una guía flexible de acero a través de la aguja dentro del saco pericárdico, se retira la aguja, se dilata el trayecto subcutáneo y sobre la guía metálica se pasa el catéter para drenaje. Se retira la guía metálica y se coloca la llave de tres pasos para conectar el catéter a la bolsa colectora.
- Se asegura el catéter en esa posición, con puntos a piel, tras comprobar su normofuncionamiento.
- Si se considera preciso, se recogen muestras para análisis del líquido.
- Se limpia la zona con soluciones desinfectantes y se realiza la primera cura, en ambiente estéril, cubriendo la zona de inserción del catéter con gasas estériles y un apósito.
- Esta es la técnica preferida en la actualidad y la más habitual.

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Fechar apósito.

Cuidados postpericardiocentesis:

- Mantener al paciente en reposo en cama con la horizontal a 30º-45º.
- Control estricto de constantes vitales (ECG, TA, saturación de oxígeno, etc):
 - La 1ª hora: cada 15 minutos.
 - La 2ª hora: cada 30 minutos.
 - Horariamente a partir de la 3ª hora, si el paciente está estable.
 - Si el paciente está inestable o sufre cualquier complicación, y siempre que lo precise.
- Control de los síntomas de aparición de un nuevo taponamiento cardiaco y de insuficiencia cardiaca, tales como disnea, ortopnea, ingurgitación yugular, etc.
- Mantener al paciente en dieta absoluta hasta 8 horas pasado el procedimiento.
- Control de la cantidad y de la calidad del líquido drenado.

Cuidados de catéter:

- Vigilancia del punto de punción de manera diaria.
- Realizar cura plana con apósito estéril una vez al día y siempre que sea necesario.

Retirada del catéter:

- Retirar el catéter cuando lo indique el facultativo. Habitualmente suele retirarse cuando el débito es inferior a 75 ml al día.
- Generalmente antes de retirar el catéter, a las 48-72 horas de su colocación, se cierra la llave de tres pasos y se comprueba ecocardiográficamente el correcto drenaje del líquido pericárdico.
- Informar al paciente.
- Retirar la cura.
- Comprobar que la llave de tres pasos está cerrada.
- Retirar los puntos de sujeción a piel con técnica estéril.
- Indicar al paciente, si está consciente, que inspire profundamente y aguante el aire mientras se retira el drenaje.
- Limpiar la zona con antiséptico y colocar apósito estéril.
- Vigilar el ECG, las constantes vitales y el punto de inserción las 8 horas siguientes, para controlar la aparición de complicaciones (taponamiento cardiaco, arritmias, sangrado en punto de inserción, etc).

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar posibles riesgos y complicaciones:
 - Laceración o perforación del miocardio (o de las arterias coronarias): es la complicación más grave de la pericardiocentesis y la más frecuente.
 - Embolia gaseosa.
 - Neumotórax y/o hemotórax.
 - Hemopericardio.
 - SCA.
 - Arritmias graves: TV, FV, etc. hasta PCR.
 - Punción de estructuras vecinas: de la cavidad peritoneal, de vísceras abdominales (con perforación digestiva secundaria, hemoperitoneo, etc).
 - Punción o fístula de la arteria mamaria interna.
 - Edema agudo de pulmón.
 - Reacciones vagales graves.
 - Infección.
- Observar la permeabilidad del catéter, si se deja drenaje continuo.
- Observar el estado del punto de punción.
- Observar el estado del apósito.
- Observar el estado del sistema de monitorización.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PERICARDIOCENTESIS DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	Z1-NSG-PO-1809 Revisión: A Página 934 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Sagristá-Sauleda J, Almenar L, Ángel J, Bardají A, Bosch X, Gindo J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología para patología pericárdica. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 394-412.
- Braunwald E. Tratado de Cardiología. 9ª ed. Madrid: Elsevier; 2012.
- Sagristá-Sauleda J, Gaietá-Permanyer M, Soler-Soler J. Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos. Rev Esp Cardiol 2005; 58: 830-41.
- Bernhard M, Seferovic PM, Ristic AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades del Pericardio de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 1090-114.
- Bastian A, Meissner A, Lins M, et al. Pericardiocentesis: differential aspects of a common procedure. Intensive Care Med 2000; 26: 572-576.
- Anguita-Sánchez M, Vallés-Belsúe F. Terapéutica de la patología pericárdica no tumoral. En: Terapéutica Cardiovascular. Iñíguez Romo A, editor. 1ª ed. Madrid: Ars Médica; 2003.
- Sagristá-Sauleda J. Diagnóstico y guía terapéutica del paciente con taponamiento cardíaco o constricción pericárdica. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 195-205.
- Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: a new technique. Acta Radiol. 1953; 39: 368.

ANEXO 1809-I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PERICARDIOCENTESIS



GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad,
Bienestar Social y Familia



**HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA
DE GRACIA**

A. IDENTIFICACIÓN:

Nombre del médico que informa: Fecha:

B. INFORMACIÓN SOBRE PERICARDIOCENTESIS

Es la extracción de líquido, mediante una aguja, del saco pericárdico que es la membrana que rodea el corazón. Este procedimiento se puede utilizar para evacuar líquido que esté comprimiendo el corazón o bien para obtener una muestra con fines diagnósticos.

Para su realización, se limpia y se aplica anestesia local en el lugar de la inserción, por debajo del esternón; luego se introduce una aguja de pericardiocentesis; la cual se guía hasta el saco pericárdico. Las derivaciones del electrocardiograma (ECG) se pueden fijar a la aguja, con el fin de ayudar a ubicarla adecuadamente. Por lo general, se utiliza el ecocardiograma para ayudar a colocar la aguja y controlar el procedimiento del drenaje.

Una vez que la aguja llega al saco pericárdico, se pasa una guía de alambre y se retira la aguja para reemplazarla por un catéter. Se extrae el líquido a través del catéter y se lo coloca en recipientes. Generalmente, se deja el catéter en su sitio para el drenaje continuo por varias horas. En algunos casos difíciles, puede ser necesario practicar una pericardiocentesis quirúrgica, procedimiento por medio del cual se drena el líquido a través de un método más invasivo que puede requerir anestesia adicional.

Puede haber una sensación de presión al momento de entrar la aguja y algunas personas pueden sentir un dolor torácico pasajero que puede requerir el uso de analgésicos.

Si este examen es electivo, se solicita restringir el consumo de líquidos o alimentos sólidos durante seis horas antes del procedimiento.

Este procedimiento usualmente se realiza para evaluar la causa de un derrame pericárdico (líquido en el saco pericárdico) recurrente o crónico. También se lo puede emplear como una medida de tratamiento para aliviar el taponamiento cardíaco (compresión del corazón debido a una acumulación de líquido dentro del saco pericárdico).

C. RIESGOS DE LA PERICARDIOCENTESIS

- Punción del miocardio (músculo cardíaco) o de una arteria coronaria (vasos sanguíneos que proporcionan sangre al músculo cardíaco).
- Neumopericardio (entrada de aire al saco pericárdico). Infarto de miocardio.
- Arritmias inducidas por agujas (latidos irregulares del corazón). Infección (pericarditis).
- Punción del pulmón, hígado o estómago.
- Otros riesgos:

D. DECLARO:

Yo, Dña., con DNI nº, manifiesto/a que he sido informado/a por el médico de las ventajas e inconvenientes de la realización de la pericardiocentesis, y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

C/Emergency Room 40
70003 Zaragoza
Teléfono 974 440033

Por todo, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de pericardiocentesis.

¶

¶

¶

¶

Firma del paciente Firma del médico ¶

Nombre Nombre ¶

¶

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente): ¶

D./Dña., con DNI nº., en calidad de (padre, madre, hijo/a, tutor ...) ¶

¶

¶

¶

¶

Firma del representante Firma del médico ¶

Nombre Nombre ¶

¶

E. Por la presente, **REVOCO MI CONSENTIMIENTO** para la realización de pericardiocentesis y cualquier consentimiento plasmado en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han explicado y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar. ¶

¶

Zaragoza, a de del 20 ¶

¶

¶

¶

¶

Firma del paciente o representante legal. ¶

D./Dña., con DNI ¶

¶

¶

¶

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos pueden ser almacenados en un fichero manual y/o automatizado propiedad del Hospital con la finalidad de prestación sanitaria, así como la gestión administrativa de los servicios. ¶

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2017	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Sánchez Vallespín, Ana Pilar Ridruejo Sáez, Raquel	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO	Z1-NSG-PO-1810 Revisión: A Página 938 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

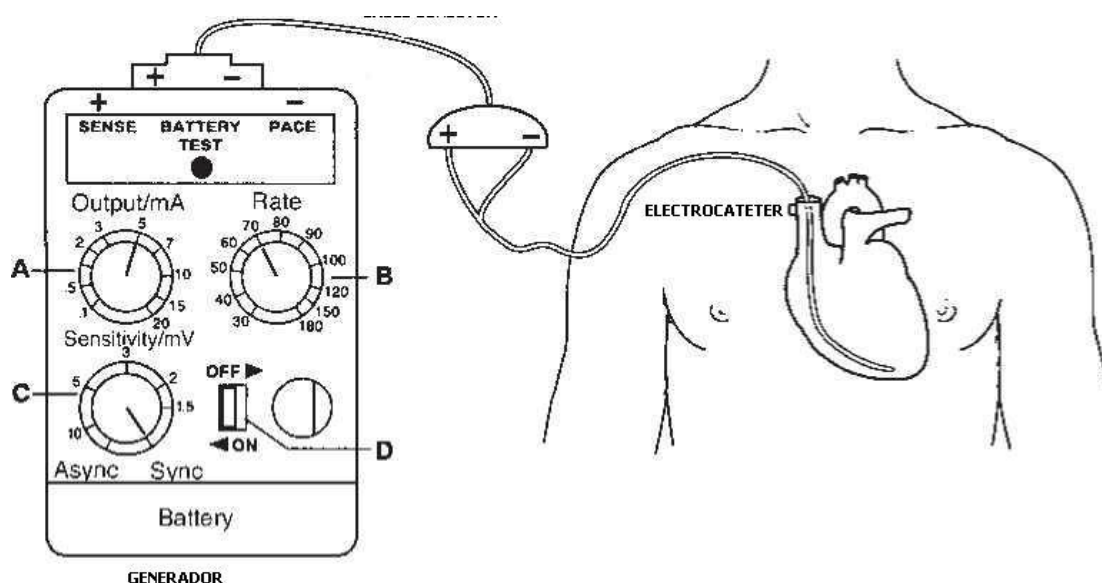
ABREVIATURAS

MTT	MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO
AD	AURÍCULA DERECHA
VD	VENTRÍCULO DERECHO
SA	SINOAURICULAR
AV	AURICULOVENTRICULAR
V	VOLTIOS

DEFINICIÓN

La implantación de un marcapasos temporal transvenoso es una técnica que consiste en estimular de forma artificial el corazón cuando los marcapasos naturales no pueden mantener el ritmo y la frecuencia adecuados. Este tipo de estimulación eléctrica se realiza mediante un electrocatéter implantado en el endocardio, a través de un acceso venoso central y conectado a un generador externo.

Aunque hay diferentes modalidades de estimulación cardíaca temporal (transcutánea, transesofágica), la transvenosa (mediante punción venosa central y colocación de un electrodo en cavidades derechas) es la más utilizada.



OBJETIVOS

- Preparación correcta del paciente para la realización de la técnica.
- Vigilar la posible aparición de complicaciones.
- Cuidados adecuados del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica.

ALCANCE

Población susceptible de precisar la colocación de un marcapasos.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Generador Externo de marcapasos con pila de 9V
- Cable conector a los polos del electrocatéter
- Electrocatéter
- Monitor-desfibrilador con módulo de marcapasos transcutáneo que permita monitorización continua del ECG y utilización en caso de emergencia
- Carro de reanimación cardiopulmonar con material necesario para RCP avanzada
- Toma de oxígeno con caudalímetro y alargadera
- Aspirador de secreciones y sondas de aspiración
- Clorhexidina alcohólica al 2%
- Batas y guantes estériles
- Paños y gasas estériles
- Mascarillas y gorros
- Anestésico local
- Jeringas de 10 ml y agujas de carga IM
- Hoja de bisturí
- Sutura del 2/0 con aguja recta o curva con portaagujas
- Apósito quirúrgico estéril
- Introdutor venoso central de calibre 1F mayor al electrocatéter
- Forro plástico para catéter

Si la implantación se realiza con la ayuda de la escopia, equipo radiológico que incluya fluoroscopio con intensificador de imágenes, camilla quirúrgica radiotransparente hidráulica, delantales plomados y protectores de tiroides para todo el personal presente en la intervención.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Tipos de técnicas de inserción

- *Inserción con control de escopia:* después de la infiltración de anestésico, se canaliza la vena central con introductor (7-8 Fr) y a través de él se avanza el electrocatéter hasta el VD. A continuación, se obtiene una buena posición radiológica y se conecta el electrodo al generador de impulsos eléctricos. Se comprueba que el electrodo esté en buena posición mediante el umbral de estimulación. Finalmente se fija el electrodo al introductor con la sutura, asegurando su posición.
- *Inserción con control electrocardiográfico:* se conecta el polo negativo (distal, negro) a la derivación V1 mediante la pinza de cocodrilo, y se avanza el electrodo a través del introductor colocado en la vena central a la vez que se realiza un registro continuo del ECG. En el registro se observa actividad auricular y, posteriormente, actividad ventricular que indica que el electrodo ha llegado al ventrículo. Se fija el electrodo al introductor con sutura para asegurar su posición.
- *Inserción sin escopia ni electrocardiografía:* es necesario un electrocatéter con balón en el extremo distal. Se introduce el electrodo de la forma ya descrita hasta

la AD, unos 20cm aproximadamente. Después se conecta el electrodo al generador y se pone en marcha a una frecuencia cardiaca superior al ritmo de escape del paciente y con una amplitud alta, y se infla el balón distal del electrodo. Se continúa avanzando el electrodo hasta observar por el monitor que el marcapasos está capturando el VD, se desinfla el balón y se comprueba que el electrodo está en buena posición mediante el umbral de estimulación.

Ejecución

- Colocar al paciente en decúbito supino y ligero trendeleburg. [PO-0401](#)
- Colocar electrodos, monitorizar y comprobar la permeabilidad de la vía venosa.
- Comprobar material de inserción y aparataje.
- Todo el personal colaborador llevará gorro y mascarilla.
- Limpiar la zona de inserción con antiséptico.
- Proporcionar al facultativo el equipo para preparar un campo estéril.
- Monitorización continua para detectar arritmias.
- Si hay control electrocardiográfico, conectar un extremo de la pinza de cocodrilo a la derivación V1 (precordial) del ECG y el otro a derivación negativa del electrocatéter.
- Si se utiliza electrocatéter con balón, observar ECG hasta ver captura en VD.
- Observar la pantalla del ECG durante toda la inserción.
- Valorar constantes vitales y estado general del paciente durante todo el procedimiento.
- Conectar el mismo al generador de marcapasos apagado, introduciendo los polos positivo y negativo en los bornes positivo y negativo del generador, respectivamente.
- Encender y ajustar el generador según indicación facultativa.
- Asegurar el catéter a piel mediante puntos de sutura y cubrir la zona con apósito estéril.
- Colocar el generador en un lugar seguro e inmovilizar.
- Realizar RX de tórax y ECG de superficie.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
- http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Garantizar la correcta sujeción del electrocatéter a la piel y del generador a una superficie estable que evite cualquier tensión o tracción del catéter.
- Explicar al paciente la importancia de evitar movimientos que puedan desplazar la posición del cable o provocar alguna desconexión.
- Solicitar Rx Tórax para tener base de la posición en la que ha quedado el cable, y descartar complicaciones relacionadas con el acceso vascular, como neumotórax.
- Vigilancia continua de monitorización de ECG para detectar disfunción del marcapasos y/o arritmias.
- Chequeo por turno de los parámetros del MTT, de los cambios de programación que se produzcan y de la tolerancia del paciente a los mismos, comprobando que no haya modificaciones accidentales.

- Comprobar regularmente:
 - Indicador de batería,
 - Que la tapa protectora de los parámetros está debidamente cerrada para evitar modificaciones accidentales,
 - Que las conexiones están bien fijadas,
 - Que el cable está en buenas condiciones y
 - Que los indicadores luminosos de estimulación funcionan correctamente.
- Evitar aparatos eléctricos que puedan provocar interferencias (máquinas de afeitar, radio, etc).
- Tener disponible pila nueva y generador de recambio, por si fuera preciso.
- Vigilar signos y síntomas sugestivos de complicaciones.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar el procedimiento especificando vía de inserción, parámetros del generador, tolerancia del paciente al procedimiento y si ha surgido alguna complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Pablo-Blanco. Médico UCC. Curso superior de Terapia Intensiva y Medicina Crítica. Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, Necochea. 2010. MARCAPASOS CARDÍACO TRANSITORIO TRANSVENOSO. REVISION.
- Alconero-Camarero AR, Cobo-Sánchez JL, Casáus-Pérez M, Saiz-Fernández G, Labrador-Cobo P, Mancebo-Salas N. El proceso de enfermería en la implantación de un marcapasos provisional transvenoso. Enfermería en cardiología Nº 35 / 2º cuatrimestre 2005.
- Alconero-Camarero AR, Fernández-Gutiérrez R, Pérez-Mena S, Sola-Villafranca JM. Marcapasos endocavitario provisional transvenoso. Enfermería en cardiología Nº 26 / 2º cuatrimestre 2002.
- Grupo de Trabajo de la SEC para la guía de la ESC 2013 sobre estimulación cardiaca y terapia de resincronización cardiaca, revisores expertos para la guía de la ESC 2013 sobre estimulación cardiaca y terapia de resincronización cardiaca y Comité de Guías de la SEC. Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Manuel de Falla 1, 28222 Majadahonda, Madrid, España. Rev Esp Cardiol. 2014; 67 (1): 6-14.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL CATETERISMO CARDIACO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Valenzuela, Almudena Beltrán Vicente, Estela	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL CATETERISMO CARDIACO	Z1-NSG-PO-1811 Revisión: A Página 944 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA

DEFINICIÓN

El cateterismo cardiaco consiste en la introducción de un catéter desde la arteria femoral o, más comúnmente, desde la arteria radial, y la inyección de contraste yodado en el árbol coronario con fines diagnósticos o terapéuticos.

OBJETIVOS

- Preparar al paciente para la realización del cateterismo cardiaco.
- Disminuir posibles riesgos y obtener una mayor eficacia.

ALCANCE

Población susceptible de realizar un cateterismo cardiaco.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Electrocardiograma
- Análítica de sangre reciente (hemograma, coagulación, bioquímica y enzimas)
- Informe médico
- Hoja de tratamiento
- Petición de ambulancia para el día de la prueba

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Dejar en dieta absoluta al menos 8 horas antes del cateterismo.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Rasurar muñecas e ingles, con maquinilla eléctrica.
- Realizar la higiene previamente a la prueba.
 - Retirar maquillaje y esmalte de uñas.
 - Retirar ropa interior y colocar camisón abierto.
 - Retirar joyas, objetos metálicos y prótesis dentales.
- Realizar analítica de sangre. [PO-1608](#)
- Realizar ECG en la misma mañana que se va a realizar el cateterismo. [PO-1834](#)
- Valorar constantes vitales, temperatura y estado de ansiedad del paciente e informar al facultativo.
- Comprobar permeabilidad, funcionamiento y fijación de la vía venosa, así como la correcta rotulación de los sueros y fármacos en infusión.
- Retirar equipos de gotero de las bombas de infusión y conectar el dosificador a la velocidad de infusión según prescripción del facultativo.

- Si es alérgico a contrastes iodados, se le administrará la medicación del pretratamiento según prescripción del facultativo.
- No suspender el tratamiento habitual del paciente salvo orden expresa del facultativo.
- Si está en tratamiento con heparina se administrará hasta las 24 horas del día anterior. Los antiagregantes plaquetarios se darán siempre según pauta.
- Si el paciente es diabético o tiene algún grado de deterioro de la función renal precisará, además, de una preparación específica que será pautada por el facultativo.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Confirmar que sus familiares o acompañantes estén informados del lugar y la hora del cateterismo. Pueden acompañar al paciente en la unidad de hemodinámica correspondiente.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Galimany-Masclans J, Díaz-Rodríguez S, Pernas-Canadell JC. Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. Enfermería en Cardiología. 2010; 49: 70-73.
- Cuidados de enfermería durante el pre y postcateterismo cardíaco. Protocolos UCI Hospital Royo Villanova.
- Casanova-Train E, Coso-Vento J, Hernández-Morante C, Piquer-Gómez T. Preparación del paciente para el cateterismo cardíaco. Protocolos de preparación y cuidados. HUMS. Servicio de UCI. Diciembre de 2008.
- Armengol-Oyarbide F, Morales-Vicente MJ, García-García M, López-Zarrabeitia I. Vías de acceso vascular percutáneo. Vía femoral. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 3 (10): 89-94.
- Vázquez A, Guillén P, Pereira B, Martínez M. Vías de acceso vascular percutáneo. Vía femoral. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 3 (11): 95-104.
- Moreno F, Serrano C, Alonso A, Jiménez F. Indicaciones y contraindicaciones del cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 2 (6): 57-67.
- Díaz-Fernández A, Sánchez-Carrio AM. Pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 2009; 10 (1): 351-355.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTCATETERISMO CARDIACO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Valenzuela, Almudena Beltrán Vicente, Estela	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTCATETERISMO CARDIACO	Z1-NSG-PO-1812 Revisión: A Página 948 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ECG	ELECTROCARDIOGRAMA

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTCATETERISMO CARDIACO	Z1-NSG-PO-1812 Revisión: A Página 949 de 1152
--	--	--

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que se realizan en los días posteriores a la realización del cateterismo cardiaco, dirigidas a la recepción y seguimiento del paciente.

OBJETIVOS

- Cuidado de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco.
- Detectar precozmente posibles complicaciones.

ALCANCE

Población sometida a un cateterismo cardiaco.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material indicado en el Manual de Procedimientos enfermeros del hospital.

EJECUCIÓN

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Valorar su estado de ansiedad.
- Comprobar fluidoterapia.
- Realizar traslado a su cama, que había quedado reservada, controlando fluidoterapia, vías y sondas.
- Colocar manguito de TA en el brazo contrario en caso de que se haya utilizado arteria radial.
- Proceder a la monitorización del paciente y controlar constantes vitales.
- Revisar vendaje compresivo del punto de punción.
- En el caso de que la vía de abordaje sea la arteria femoral, informar al paciente de la inmovilización de esa extremidad, no podrá flexionarla ni movilizarla durante aproximadamente 6 horas.
- En caso de acceso radial, elevación del brazo donde se ha hecho la punción sobre una almohada. Restricción prescrita de movimiento de la articulación de la muñeca (no apoyar, no dar giros bruscos), recomendando movimiento de los dedos sin llegar a cerrar la mano.
- Comprobar coloración y temperatura de la extremidad afectada.
- Facilitar el descanso y evitar la movilidad de la extremidad donde se ha realizado la punción.
- Realizar ECG. [PO-1834](#)

- Revisar el tratamiento administrado durante la prueba, en especial antiagregantes.
- Mantener una hidratación adecuada y vigilar la diuresis.
- Reanudar la dieta 2 horas después.
- Retirar el vendaje si no hay sangrado:
 - Arteria radial a las 6/8 horas
 - Arteria femoral a las 8/10 horas.
- Colocar un apósito en el punto de punción.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar el vendaje (por posible sangrado), y la extremidad de la punción (coloración, temperatura de la mano o del pie y pulsos distales), para comprobar la correcta circulación de la zona cada 30 minutos, durante las primeras 2 horas.
- Vigilar la aparición de dolor en el punto de punción.
- Controlar la aparición de dolor torácico o dolor anginoso.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTCATETERISMO CARDIACO	Z1-NSG-PO-1812 Revisión: A Página 951 de 1152
---	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Galimany-Masclans J, Díaz-Rodríguez S, Pernas-Canadell JC. Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. Enfermería en Cardiología. 2010; 49: 70-73.
- Cuidados de enfermería durante el pre y postcateterismo cardiaco. Protocolos UCI Hospital Royo Villanova.
- Casanova-Train E, Coso-Vento J, Hernández-Morante C, Piquer-Gómez T. Preparación del paciente para el cateterismo cardiaco. Protocolos de preparación y cuidados. HUMS. Servicio de UCI. Diciembre de 2008.
- Armengol-Oyarbide F, Morales-Vicente MJ, García-García M, López-Zarrabeitia I. Vías de acceso vascular percutáneo. Vía femoral. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 3(10): 89-94.
- Vázquez A, Guillén P, Pereira B, Martínez M. Vías de acceso vascular percutáneo. Vía femoral. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 3 (11): 95-104.
- Moreno F, Serrano C, Alonso A, Jiménez F. Indicaciones y contraindicaciones del cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. 2007; 2 (6): 57-67.
- Díaz-Fernández A, Sánchez-Carrio AM. Pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 2009; 10 (1): 351-355.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA DESFIBRILACIÓN

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Armillas Molinos, María Tolón Herrera, M ^a José Pamplona Callejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA DESFIBRILACIÓN	Z1-NSG-PO-1813 Revisión: A Página 953 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

DF	DEFIBRILACIÓN
CV	CARDIOVERSIÓN
cm	CENTÍMETROS
FV	FIBRILACIÓN VENTRICULAR
Kg	KILOGRAMOS
MCP	MARCAPASOS
PCR	PARADA CARDIORRESPIRATORIA
DEA	DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO
RCP	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
TV	TAQUICARDIA VENTRICULAR

DEFINICIÓN

La desfibrilación consiste en una descarga eléctrica de alto voltaje, mayor en la DF (dosis de 2-4 J/Kg.) que en la CV (dosis de 0.5-1 J/Kg.), que causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, rompiendo así el mecanismo de reentrada de la vía anómala de conducción de la mayoría de taquiarritmias, permitiendo al nodo sinusal auricular asumir de nuevo la actividad normal como marcapasos cardíaco (recuperar el ritmo sinusal). Esta descarga será asincrónica en la desfibrilación.

OBJETIVOS

- Preparación correcta del paciente para la realización de la técnica.
- Preparación correcta del material.
- Colaboración con el facultativo.
- Vigilancia de la posible aparición de complicaciones.
- Cuidados adecuados del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica.

ALCANCE

Población susceptible de precisar una desfibrilación.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Monitor de constantes vitales
- Desfibrilador
- Placas con gel conductor o gel conductor
- Carro de paradas próximo con material de intubación en el caso de que el paciente no esté intubado
- Sistema de aspiración completo preparado
- Guantes no estériles

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Monitorización cardíaca

- Identificación de la PCR, mediante la ausencia de consciencia y respiración normal. El DEA no comprueba la presencia o no de respiración, únicamente analiza el ritmo cardíaco, por lo que, si se coloca en una persona con respiración y circulación,

podría indicar una descarga (aunque muy poco probable, puede suceder), lo que podría ser perjudicial para el paciente.

- Nunca se debe colocar un desfibrilador semiautomático si no se ha comprobado previamente la PCR.
- Conectar el monitor desfibrilador a la red eléctrica o en posición de batería y monitorizar al enfermo.
- Monitorización continua de constantes vitales.
- Monitorizar electrocardiográficamente al paciente mediante el desfibrilador.
- Sistema de monitorización rápida: colocar las palas del desfibrilador sobre el tórax del paciente para comprobar si hay actividad eléctrica.

Ejecución

- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Retirar cualquier elemento metálico del paciente (cadenas, relojes, anillos, etc.) antes de la desfibrilación, siempre que fuese posible.
- Retirar los parches de nitroglicerina del paciente, si los tuviera.
- Colocar las placas con gel de desfibrilación debajo de la línea medio claviclar derecha y ápex cardíaco. Las palas se colocan en el tórax del paciente, de modo que la línea imaginaria que las une atraviese el corazón y que la distancia entre las mismas sea al menos de 10 cm, con el objeto de optimizar la corriente de desfibrilación.
- Si el paciente es portador de marcapasos, será necesario colocar las palas del desfibrilador en el tórax, pero distantes del lugar de implantación del MCP.
- Ajustar la carga a 200 J (Desfibrilador en modo bifásico).
- Entregar las palas a la persona que vaya a efectuar la desfibrilación.
- Aplicación de palas
 - Presionar firmemente contra el tórax con una presión aproximada 12 Kg observando el indicador de contacto de las palas. Si la fuerza aplicada no es la correcta, aparece el mensaje en la pantalla de "Mal contacto con las palas del desfibrilador".
- Vigilar que nadie esté en contacto con el enfermo o la camilla.
- Apretar el botón de carga.
- Una vez separado del paciente e inmediatamente antes de accionar los botones de descarga, el operador debe advertirlo en voz alta, con el fin de que el resto del personal suspenda temporalmente cualquier procedimiento en el paciente.
- Descargar apretando simultáneamente los dos botones de descarga de ambas palas hasta que esta se produzca.
- Verificar en el monitor si el paciente se encuentra en ritmo sinusal.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El desfibrilador debe estar conectado permanentemente a la corriente alterna, ya que con esto se garantiza la carga continua de las baterías de corriente, con las cuales realmente funciona el equipo.
- Se debe realizar rutinariamente la prueba de la energía de descarga del desfibrilador. Para ello, cada equipo cuenta con un sistema de evaluación que permite verificar la correlación entre la energía seleccionada y la suministrada por el equipo. Para esto, se carga el aparato con una energía determinada y se descarga sobre el mismo equipo, generalmente sobre unas placas metálicas, registrándose en la pantalla el valor real de la energía liberada. Esta prueba se realizará, por parte de enfermería, en el turno de tarde, los martes a la vez que se revisa el carro de RCP.
- Respecto a la persona que realiza la descarga, el contacto con las palas no es peligroso, aun después de la carga del desfibrilador, porque la energía solamente se libera una vez se accione el comando específico para este fin. Esta descarga interna no ofrece riesgo para el operador.
- Vigilar posibles complicaciones:
 - Embolismos sistémicos. Controlar la aparición de síntomas de alteración de la perfusión periférica, dolor torácico y disnea.
 - Reacción alérgica a los fármacos anestésicos. El propofol puede producir depresión miocárdica.
 - Irritación en la zona de contacto de piel con placas adhesivas.
 - Arritmias cardíacas: bradicardia, paro cardíaco, TV, FV en caso de sincronización inadecuada.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Perales-Rodríguez de Viguri N, Jiménez-Murillo L, González-Díaz G, Álvarez-Fernández JA, Medina JC, Ortega J, et al. La desfibrilación temprana: conclusiones y recomendaciones del I Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática. Med Intensiva. 2003; 27: 488-94.
- Álvarez-Fernández JA, Álvarez-Mon Soto M, Rodríguez-Zapata M. Supervivencia en España de las paradas cardíacas extrahospitalarias. Medicina Intensiva. 2001; 25: 236-43.
- Marrugat J, Elosua R, Gil M. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 1999; 52:717-25. Vol. 52, Núm. 9.
- Fletcher GF, Cantwell JD. Ventricular fibrillation in a medically supervised cardiac exercise program: clinical, angiographic and surgical correlations. JAMA. 1977; 238: 2627-9.
- Van Camp SP, Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. JAMA. 1986; 256: 1160-3.
- Cummins RO. Emergency medical services and sudden cardiac arrest: the «Caín of survival» concept. Annu Rev Public Health. 1993;14: 313-33.
- Cummins RO, Ornato JP Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the chain of survival concept. Circulation. 1991; 83: 1832-47.
- Ruano, M. Manual de Soporte Vital Avanzado. 2ª edición. Editorial Masson, 2000.
- J.P. Nolan et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81 (2010), 1219–1276.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CARDIOVERSIÓN

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Armillas Molinos, María Tolón Herrera, M ^a José Pamplona Callejero, Elena	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CARDIOVERSIÓN	Z1-NSG-PO-1814 Revisión: A Página 959 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

J/Kg	JULIOS POR KILOGRAMO
CV	CARDIOVERSIÓN
CM	CENTÍMETROS
DEA	DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO
FV	FIBRILACIÓN VENTRICULAR
MCP	MARCAPASOS
PCR	PARADA CARDIORRESPIRATORIA
TV	TAQUICARDIA VENTRICULAR

DEFINICIÓN

La CV eléctrica consiste en la administración de un choque eléctrico sincronizado con la onda R del electrocardiograma, a través de dos electrodos adhesivos o unas palas de un desfibrilador colocado en la superficie de la pared torácica del paciente. El objetivo es revertir una arritmia cardíaca despolarizando por completo el corazón para que de esta forma el nodo sinusal pueda asumir de nuevo su papel de marcapasos fisiológico. La sincronización con la onda R es esencial porque si la descarga coincide con el periodo de la onda T es muy posible que se produzca un mecanismo de reentrada y el paciente caiga en TV o FV.

OBJETIVOS

- Prevenir la posible aparición de complicaciones.
- Cuidados adecuados del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica.

ALCANCE

Población susceptible de precisar una cardioversión.

PERSONAL

- Facultativo especialista en Medicina Intensiva
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Desfibrilador con modalidad para CV
- Placas con gel conductor
- Ambú conectado a caudalímetro de oxígeno para administrar una Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) del 100%, tubo de guedel y mascarilla venturi.
- Carro de paradas
- Sistema de aspiración completo preparado.
- Guantes no estériles.
- Medicación necesaria para la sedación y analgesia.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Comprobar que se ha obtenido por escrito el consentimiento informado firmado (por el paciente, o en el caso de que esté sedado, por algún familiar).
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que:
 - Está en ayunas (mínimo 4/6 h)
 - No tiene prótesis dental u objetos metálicos en contacto con la piel
 - Retirar parche de nitroglicerina, si lo lleva puesto
- Monitorización continua de constantes vitales.

- Realizar un ECG de 12 derivaciones para confirmar la existencia de arritmia cardiaca. [PO-1834](#)
- Comprobar el buen funcionamiento de la vía intravenosa, ya sea central o periférica.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Ejecución

- Colocar al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Administrar oxígeno con mascarilla a alta concentración (50%-100%) o comprobar el buen funcionamiento del respirador si el paciente está intubado.
- Tener cerca el carro de paradas y tener preparado a mano material de intubación y dispositivo de aspiración.
- Preparación del desfibrilador:
 - Asegurarse del correcto funcionamiento del aparato.
 - Monitorizar electrocardiográficamente mediante el desfibrilador al paciente.
 - Seleccionar la derivación que ofrezca mayor voltaje para obtener complejos QRS altos que permitan actuar al desfibrilador.
 - Poner modo sincronizado.
- Sedar y administrar analgesia al paciente debido a que el choque externo es doloroso, según prescripción facultativa.
- Colocar placas con gel en el tórax del paciente:
 - Región infraclavicular derecha paraesternal
 - Ápex del corazón (quinto espacio intercostal, línea axilar media), manteniéndolas alejadas unos 12-15 cm del marcapasos en el caso de que el paciente sea portador del mismo.
- Aplicar las palas del desfibrilador sobre las placas colocadas.
- Seleccionar la energía. Esta variará dependiendo del tipo de arritmia:
 - Para el flutter auricular se inicia con 50 o 100 julios
 - Para el resto de casos utilizar energías crecientes hasta 200 julios.
- Presionar fuertemente las palas sobre el tórax.
- Apretar el botón de carga.
- Avisar de descarga y comprobar que el área alrededor del paciente está despejada y que nadie está en contacto con él.
- Descargar apretando simultáneamente los dos botones de descarga de ambas palas hasta que ésta se produzca.
- Verificar en el monitor si el paciente ha pasado a ritmo sinusal. Si no fuera así, repetir las descargas con mayor energía (energías crecientes según indique el facultativo) hasta un máximo de 3 descargas separadas por un tiempo de 2 o 3 minutos.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

En el caso de que el ritmo a cardiovertir sea FA o flutter auricular y el paciente esté asintomático, éste debe haber recibido tratamiento anticoagulante durante al menos 3 semanas previas (la coagulación debe confirmar un INR entre 2 y 3). Deberá seguir con este tratamiento las 4 semanas siguientes a la cardioversión para prevenir posibles complicaciones embólicas. En el caso de CV urgente por síntomas amenazantes a la vida, no se tendrá en cuenta la anticoagulación previa, pero será necesario anticoagular posteriormente 4 semanas.

Cuidados postcardioversión

- Vigilar la saturación de oxígeno no debiendo bajar de 90%.
- Control frecuente de constantes vitales hasta que el paciente se recupere.
- Valoración neurológica estricta por la posibilidad de alteraciones derivadas de la movilización de trombos tras el choque eléctrico.
- Realizar un ECG de 12 derivaciones postcardioversión para registrar el nuevo ritmo cardíaco. [PO-1834](#)
- Limpiar la piel y aplicar crema hidratante en las zonas donde hemos aplicado las palas para reducir la posible quemadura.
- Limpiar las palas del desfibrilador.
- Dejar al paciente en ayunas dos horas después de la cardioversión.

Vigilar posibles complicaciones

- Embolismos sistémicos. Controlar la aparición de síntomas de alteración de la perfusión periférica, dolor torácico y disnea.
- Reacción alérgica a los fármacos anestésicos. El propofol puede producir depresión miocárdica.
- Irritación en la zona de contacto de piel con placas adhesivas.
- Arritmias cardíacas: bradicardia, paro cardíaco, TV, FV en caso de sincronización inadecuada.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Eliminar el material fungible en la bolsa de basura, y a continuación cerrarla.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

Cuidados del desfibrilador

- El desfibrilador debe estar conectado permanentemente a la corriente alterna, ya que con esto se garantiza la carga continua de las baterías de corriente, con las cuales realmente funciona el equipo.
- Se debe realizar rutinariamente la prueba de la energía de descarga del desfibrilador.
 - Verificar la correlación entre la energía seleccionada y la suministrada por el equipo.
 - Cargar el aparato con una energía determinada y se descarga sobre el mismo equipo, generalmente sobre unas placas metálicas, registrándose en la pantalla el valor real de la energía liberada.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA CARDIOVERSIÓN	Z1-NSG-PO-1814 Revisión: A Página 963 de 1152
---	--	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Perales-Rodríguez de Viguri N, Jiménez-Murillo L, González-Díaz G, Álvarez-Fernández JA, Medina JC, Ortega J, et al. La desfibrilación temprana: conclusiones y recomendaciones del I Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática. Med Intensiva. 2003; 27: 488-94.
- Álvarez-Fernández JA, Álvarez-Mon Soto M, Rodríguez-Zapata M. Supervivencia en España de las paradas cardíacas extrahospitalarias. Medicina Intensiva. 2001; 25: 236-43.
- Marrugat J, Elosua R, Gil M. Epidemiología de la muerte súbita cardiaca en España. Rev Esp Cardiol. 1999; 52:717-25. Vol 52, Núm. 9.
- Fletcher GF, Cantwell JD. Ventricular fibrillation in a medically supervised cardiac exercise program: clinical, angiographic and surgical correlations. JAMA. 1977; 238: 2627-9.
- Van Camp SP, Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. JAMA. 1986; 256: 1160-3.
- Cummins RO. Emergency medical services and sudden cardiac arrest: the «Caín of survival» concept. Annu Rev Public Health. 1993; 14: 313-33.
- Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the chain of survival concept. Circulation. 1991; 83: 1832-47.
- Ruano, M. Manual de Soporte Vital Avanzado. 2ª edición. Editorial Masson, 2000.
- J.P. Nolan et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81 (2010), 1219–1276.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. MODELO RESPIRONIS V60

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Gálvez Peruga, Cristina Loscos Vera, Sonia Jorge García, Ruth Noemí Rubio Casaló, María Pilar	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. MODELO RESPIRONIS V60	Z1-NSG-PO-1815 Revisión: A Página 965 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

VMNI	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
CPAP	CONTINUOS POSITIVE AIRWAYPRESSURE
PAV/T	VENTILACIÓN ASISTIDA PROPORCIONAL TEMPORIZADA
cm	CENTÍMETROS
IPAP	PRESIÓN DE SOPORTE INSPIRATORIA
EPAP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN
FiO ₂	FRACCIÓN INSPIRATORIA DE OXÍGENO
SatO ₂	SATURACIÓN DE OXÍGENO
FC	FRECUENCIA CARDIACA
FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
vol/min	VOLUMEN POR MINUTO
l/min	LITROS POR MINUTO
º	GRADO
SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
SF	SUERO FISIOLÓGICO

DEFINICIÓN

La ventilación mecánica no invasiva implica ventilar sin invadir la vía aérea, es decir, sin requerir de intubación orotraqueal o traqueotomía. Se trata de un dispositivo de apoyo a la ventilación.

OBJETIVOS

- Mejorar el bienestar del paciente incrementando su capacidad ventilatoria.
- Conocer las distintas modalidades de VMNI.
- Identificar los signos y síntomas de las posibles complicaciones por VMNI.
- Conseguir la mayor comodidad física y psíquica del paciente con VMNI.
- Disminución de las intubaciones orotraqueales y sus complicaciones asociadas.

ALCANCE

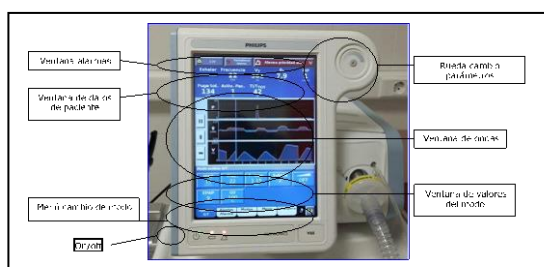
- Todos los pacientes con VMNI ingresados en nuestro hospital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Mascarillas:
 - Mascarillas nasobucales
 - Mascarilla nasal
 - Mascarilla facial
 - Mascarilla tipo Hemlet: engloba toda la cabeza
- Arnés: Se fija a la mascarilla por 4 puntos y dispone de 4 sujeciones de velcro para regularlo.
- Circuito desechable y filtro correspondiente: El circuito consta de una tubuladura única y una línea de presión proximal. En el extremo reforzado distal del circuito se conecta el filtro y éste a su vez a la BIPAP, y el extremo proximal se conecta a la mascarilla (aquí se encuentra el orificio de exhalación, que nunca debe ser ocluido).
- Ventilador mecánico no invasivo (modelo RESPIRONIC V60).



Panel anterior



Panel posterior

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. MODELO RESPIRONIS V60	Z1-NSG-PO-1815 Revisión: A Página 967 de 1152
---	--	---

EJECUCIÓN

Modos ventilación

El ventilador Respiroics V60 permite los siguientes modos de ventilación:

- Modo CPAP (presión continua positiva en las vías respiratorias).
- Modo BIPAP o modo S/T (espontánea/ temporizado).
- Modo PCV (ventilación controlada con presión).
- Modo AVAPS (Presión de soporte de volumen promedio asegurado).
- Modo PPV (ventilación con presión proporcional).

El modo CPAP proporciona de forma constante un nivel predeterminado de presión positiva durante todo el ciclo ventilatorio. El ventilador no suministra ningún ciclo mecánico.

El modo BIPAP (modo espontáneo-temporizado o modo S/T). Al contrario de la CPAP, éste sí garantiza la administración de respiraciones mecánicas a la frecuencia pautaada. Permite respiraciones controladas por presión (de ciclo temporizado obligatorio), y espontáneas apoyadas por presión.

Los modos PCV, AVAPS y PPV son opciones para ventilación invasiva a través de tubo orotraqueal o traqueostomía.

Fugas

La VMNI puede implicar una fuga considerable alrededor de la mascarilla. Parte de esta fuga puede ser conocida y característica del diseño de la mascarilla y la elección del puerto de exhalación, pudiendo haber otra fuga impredecible por mal ajuste o necesidad de ajuste personalizado al paciente para confort. Este ventilador tiene una gran capacidad para compensar fugas hasta cuantías > a 30L/min.

Puesta en marcha del aparato

- Conectar el enchufe a la línea de red.
- Conectar a la toma de oxígeno.
- Conexión de la línea de presión.
- Colocación de filtro antibacteriano entre el aparato y la tubuladura.
- Conexión de la tubuladura al filtro antibacteriano.
- Elegir mascarilla y arnés según necesidades y características del paciente.

Programación del sistema.

Tras encender, la lista Mensajes muestra los últimos ajustes durante 5 min. Para reiniciar programación:

- Abrir Ventana Menú y seleccionar Mascarilla y Puerto de exhalación.



- Importante para una óptima compensación de fugas.
- Seleccionar tipo de mascarilla deseado. Seleccione Aceptar.
- Seleccionar tipo de puerto deseado. Seleccione Aceptar.
- Si selecciono PEV u OTRO como puerto de exhalación (aparece por defecto) se debe llevar a cabo la prueba del puerto de exhalación según las instrucciones.
- Seleccionar Iniciar Ventilación.

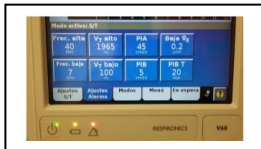
- Seleccione el Modo Ventilatorio: abriendo Pestaña Modos



- El modo de ventilador activo se muestra en la esquina inferior izquierda de la pantalla.
- Ajuste los parámetros deseados y seleccione ACTIVAR MODO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. MODELO RESPIRONIS V60	Z1-NSG-PO-1815 Revisión: A Página 968 de 1152
--	--	--

- Seleccione Ajuste de alarmas abriendo pestaña Ajuste de alarmas:



- Seleccione ajuste deseado, configúrelo y seleccione ACEPTAR

- Pestaña en espera. Permite suspender la ventilación de forma segura.



- Seleccionar y activar el modo EN ESPERA
 - Desconectar al paciente
 - Para reanudar la ventilación reconectar al paciente, el ventilador detectará el esfuerzo inspiratorio y la ventilación se reanudará automáticamente.
 - También puede reanudar manualmente la ventilación con el botón REINICIAR MODO.

- En Pestaña Menú se puede configurar:



- Brillo de la pantalla
 - Volumen de la alarma y pantalla táctil.
 - Masc./Puerto
 - Info. Vent. (información del ventilador).
 - Bloqueo pantalla

- Pestaña Función de Ayuda:
 - Para acceder a información adicional

Humidificación activa

El sistema de humidificación activa que se utiliza junto con el dispositivo de VMNI es AERODYNE 2000. [ANEXO 1815-I](#)

Plan de cuidados

- Monitorización general del paciente.
 - Control de constantes vitales (SatO2, FC, FR)
 - Control de la mecánica respiratoria y situación del paciente, vigilando la aparición de: taquipnea, agitación extrema, cianosis, disnea y disminución significativa del nivel de conciencia
 - Parámetros a registrar:
 - Frecuencia respiratoria
 - Volumen Total
 - FiO2
 - Presión máxima
 - IPAP/EPAP/CPAP (según la modalidad escogida)
 - Control de Fuga aérea (vol/min): debe ser < 30 l/min
- Colocar al paciente en posición adecuada, mediante elevación de la cabecera de la cama 45-60°.
- Ayudar al enfermo a eliminar secreciones mediante fisioterapia respiratoria y aspiración si precisa. Administración de broncodilatadores prescritos siempre que el estado del enfermo permita la retirada de la VMNI. [PO-0113](#)
- Evitar la aparición de úlceras por presión.
 - Colocar apósito hidrocélular en el puente de la nariz, así como gasas en los puntos de apoyo del gorro si se objetiva riesgo.

- Inspección periódica de las zonas de presión y de la correcta colocación de la mascarilla.
 - Mantener una buena higiene e hidratación de las zonas presionadas.
- Mantener al paciente a dieta absoluta, hasta que exista mejoría que permita una desconexión (al menos intermitente) de la mascarilla.
- Evitar la colocación de SNG para evitar problemas de fuga de la mascarilla.
- Evitar lesiones e irritación de la conjuntiva:
 - Realizar lavados oculares con S.F. cada 6/8 horas.
 - Proteger la conjuntiva con lágrimas artificiales.
 - Evitar fugas por la parte superior de la mascarilla.
- Mantener una correcta higiene bucal:
 - Realizar enjuagues con antiséptico 3 veces al día mínimo.
 - Lubricar la mucosa bucal y labios con vaselina.
- Facilitar el descanso del enfermo.
- Facilitar la comunicación.
- Disminuir la ansiedad.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Vigilar las posibles complicaciones que pueden surgir:
 - Heridas faciales, especialmente sobre el puente de la nariz
 - Sequedad de ojos, irritación ocular y conjuntivitis
 - Dolor de senos paranasales y cefalea
 - Distensión gástrica y aerofagia
 - Intolerancia a la mascarilla
- Para la correcta colocación del arnés y la mascarilla es necesario de la presencia de dos personas, situándose cada una de ellas en los laterales del paciente y ajustando la mascarilla de tal forma que:
 - Quede centrada y adaptada al paciente.
 - Su compresión no sea excesiva.
 - Permitir discretas fugas.
 - El paciente esté lo más confortable posible

CUIDADO DEL MATERIAL

- La limpieza del panel frontal se debe realizar con un paño humedecido con desinfectante para superficies.
- El exterior de la caja de la unidad debe limpiarse con un paño humedecido con algún agente antibacteriano, evitando derramar líquidos en el interior del ventilador.
- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. MODELO RESPIRONIS V60	Z1-NSG-PO-1815 Revisión: A Página 970 de 1152
--	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Garcia-Maribona J, González M, Blanco JM, Monroy J.C Cuidos de Enfermería en ventilación no invasiva. En: A. Medina; M. Pons; A. Esquinas. Ventilación No Invasiva en Pediatría. Ergon 2004p. 125-133.
- "Guía para el uso del Bipap Visión" Servicio de urgencias Hospital San Pedro (Logroño). junio 2010.
- "Protocolo del Bipap Visión" Servicio cuidados intensivos Hospital Royo Villanova, (Zaragoza).
- Manual del usuario." Ventilador Respirolic V60"

ANEXO 1815-I

HUMIDIFICACIÓN ACTIVA

Los métodos de soporte ventilatorio mecánicos utilizan una mezcla variable de oxígeno y otros gases que no se encuentran a la temperatura y humedad óptimas para el correcto funcionamiento de las vías respiratorias.

La incorrecta climatización de los gases inspirados puede producir daños significativos en el epitelio traqueobronquial. Las principales consecuencias de una humidificación inadecuada son el aumento del riesgo de infección debido a la ralentización del movimiento mucociliar, el aumento del trabajo respiratorio por un inefectivo lavado de las vías aéreas inferiores y el riesgo de atelectasias.

El objetivo de los sistemas de humidificación es imitar las funciones fisiológicas naturales: humidificar, calentar y limpiar el aire inspirado. Además, de esta manera aumenta el confort percibido por el paciente, que deja de inspirar aire seco y frío.

El sistema AERODYNE 2000 permite un nivel de temperatura y humedad programable, y la ausencia de resistencias internas reduce notablemente la resistencia al flujo.

La temperatura del gas se regula de forma automática y se monitoriza de forma continua en la columna de humidificación y en la pieza en Y del extremo del paciente.

Funciona con agua estéril sin endotoxinas para inhalación, lo que reduce significativamente el riesgo de infección y de contaminación cruzada.

El montaje, limpieza y mantenimiento vienen desarrollados en las instrucciones del sistema.

PUESTA EN MARCHA AERODYNE 2000:



- Encender con el interruptor ON/OFF.
- Opción "¿calentar rama espiratoria?": mantener pulsadas a la vez las teclas MODO / RESET y (-).
- Cambiar de modo intubación a mascarilla: mantener pulsadas a la vez las teclas MODO / RESET y (-).
- La temperatura seleccionada será de 32°C (la máxima es de 34°C).
- Una vez retirada la humidificación activa, los sensores del aparato de humidificación activa deben limpiarse y mandar a esterilizar en autoclave. Las tubuladuras, la columna de humidificación y el envase de agua estéril deben desecharse.

RESPIRONICS V60- HUMIDIFICADOR AERODYNE 2000

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 03/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Iriarte Ramos, Sonia Jorge García, Ruth Noemí Labari Sanz, Genoveva	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

VM	VENTILACIÓN MECÁNICA
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Vt	VOLUMEN TIDAL
PEEP	PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN
FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
R	RESISTENCIA
C	COMPLIANCE
SDRA	SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO
PIM	PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA
CPAP	PRESIÓN CONTINUA EN LA VÍA AÉREA
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
IC	INSUFICIENCIA CARDIACA
PS	PRESIÓN SOPORTE
FiO2	FRACCIÓN INSPIRATORIA DE OXÍGENO
TET	TUBO ENDOTRAQUEAL
Rx	RADIOGRAFÍA
SpO2	SATURACIÓN DE OXÍGENO
PCO2	PRESIÓN PARCIAL ARTERIAL DE ANHÍDRIDO CARBÓNICO
NZ	NEUMONÍA ZERO
NE	NUTRICIÓN ENTERAL
PIC	PRESIÓN INTRACRANEAL

DEFINICIÓN

La ventilación mecánica es el recurso tecnológico que permite ayudar al paciente en el compromiso severo de la función vital del intercambio gaseoso, convirtiéndose en el vehículo del tratamiento médico imprescindible al poder sustituir la función respiratoria con aparatos mecánicos.

OBJETIVOS

- Contribuir a mejorar la función respiratoria.
- Conocer las técnicas de actuación en el mantenimiento del paciente con VM.
- Identificar los signos y síntomas de las posibles complicaciones por VM.
- Conseguir la mayor comodidad física y psíquica del paciente con VM.

ALCANCE

Todos los pacientes con VM ingresados en nuestro hospital.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Respirador
- Filtros
- Tubuladuras
- Gusano

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Vigilancia del respirador:

- Comprobar el buen funcionamiento del respirador antes de ser conectado al paciente.
- La elección de los parámetros respiratorios (volumen tidal, frecuencia respiratoria, PEEP, etc) forman parte de la prescripción facultativa.
- Comenzar el turno revisando el respirador, las alarmas, los parámetros y las conexiones (acodamiento de tubuladuras).
- Verificar que están disponibles el Ambú®, el caudalímetro, las alargaderas y el sistema de aspiración.
- Interpretar las alarmas del respirador y restablecer el funcionamiento del sistema:
 - Presión de la vía aérea (alta y baja).
 - Volumen minuto (alto y bajo).
 - Frecuencia respiratoria (alta, baja y apnea).

Vigilancia del paciente:

- Monitorización y registro horario de los parámetros respiratorios (volumen tidal, frecuencia respiratoria, SAT O₂, PCO₂, PEEP, modo de ventilación, presión, etc).
- Observar la adaptación del paciente a la modalidad elegida y el nivel de sedación.
- Verificar que la elevación de la caja torácica sea simétrica.
- Vigilar el estado hemodinámico del paciente.
- Vigilar el nivel de conciencia en pacientes no sedados.
- Vigilar la coloración de piel y mucosas.
- Control radiológico y gases arteriales por prescripción facultativa.
- Mantener, si es posible, al paciente incorporado 30-45°.
- Realizar fisioterapia respiratoria según necesidades del paciente (percusión y vibración, drenajes posturales respiratorios).
- Valorar y tratar el dolor y la ansiedad.

Tubo endotraqueal (TET):

- Comprobar la colocación del tubo endotraqueal, marcándolo a nivel de la comisura labial con un rotulador.
- Vigilar fugas de aire producidas por insuficiente inflado o rotura del neumotaponamiento.
- Vigilar la presión del neumotaponamiento (entre 20-25 mmHg en manómetros continuos; 30-35 cmH₂O en manómetros manuales) por turno y cada vez que se vaya a aspirar.
- Fijación externa del TET mediante venda o tiras adhesivas y cambiarla siempre que sea preciso, según higiene y seguridad. Los métodos de fijación dependen del tamaño del tubo y del estado del nivel de conciencia del paciente.
- Poner una cánula de Guedel junto al tubo, si el paciente está agitado.
- Prevenir la extubación accidental (fijar el tubo a la nariz o boca según protocolo de cada unidad y cambiar la venda cuando sea preciso, fijar las tubuladuras con sistemas articulados).
- Extremar las precauciones durante la movilización del paciente (cambios posturales, pruebas radiológicas, higiene, etc).
- Prevenir las úlceras por decúbito. [PO-1822](#)
 - Almohadillar el espacio entre del tubo y la comisura labial.
 - Cambiar la almohadilla cuando deje de ser eficaz.
 - Cambiar la posición del tubo orotraqueal.

Eliminación de secreciones bronquiales y subglóticas:

- Actuación de enfermería según el Procedimiento [PO-0113](#)

Cambio de sistemas del respirador

- Cambiar tubuladuras cada 7 días y siempre que contengan restos biológicos.
- Cambiar filtro y gusano cada 72 horas y siempre que se encuentre sucio.

Higiene de la vía aérea superior:

- Aspirar el contenido de la cavidad oral, evitando la acumulación de secreciones. [PO-0112](#)
- Realizar un lavado exhaustivo de la boca, con cepillado dental y enjuague gingival con clorhexidina al 0,12-0.2%. [PO-0801](#)
- Mantener hidratados los labios con vaselina.
- Limpieza de nariz.

Control de la infección:

- Métodos efectivos de limpieza, desinfección y esterilización del material, según la normativa del centro.
- Higiene de manos antes y después de cualquier manipulación. [PO-0901](#)
- Cuidado de los equipos de terapia respiratoria.
- Prevenir las neumonías por broncoaspiración:
 - Posición del paciente en Semi-Fowler, si es posible. [PO-0401](#)
 - Mantener la vía aérea superior libre de secreciones.
 - Evitar vómitos y regurgitaciones, dejar sonda nasogástrica derivada.
 - Comprobar periódicamente la tolerancia a la NE.

Apoyo psicológico:

- Procurar orientar al paciente témporo-espacialmente si está consciente para adaptarlo a la nueva situación y fomentar el descanso nocturno.
- Ofrecer información útil sobre los aparatos a los que está conectado y las técnicas que se le van a realizar.
- Explicarle la imposibilidad de hablar mientras esté intubado.
- Facilitar la comunicación proporcionando medios de escritura o elementos visuales.

Para la administración de medicación mediante Hudson®:

- Colocar dispositivo entre el gusano y el filtro.
- Conectar alargadera de oxígeno desde el Hudson a la pieza del respirador destinada a tal uso.
- Activar la función de nebulización en el respirador.

Para administrar otras medicaciones por el TET:

- Disolver la medicación en pequeños volúmenes de suero fisiológico.
- Administrar la medicación directamente en bolo con una jeringa.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Las precauciones y cuidados realizados por enfermería tendrán como misión prevenir las siguientes complicaciones:

- Asociadas a la vía aérea artificial:
 - Hemorragias nasales
 - Sinusitis
 - Infecciones por pérdida de defensas naturales
 - Lesiones glóticas y traqueales (edemas, fístulas, etc)
 - Obstrucción del TET (acodaduras, mordeduras del TET, aumento de secreciones y taponamiento, etc)
 - Colocación inadecuada del TET o retirada accidental

- Asociadas a presión positiva:
 - Barotrauma: Neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo
- Hemodinámicas:
 - Fracaso del ventrículo izquierdo al aumentar la presión intratorácica
 - Disminución del gasto cardíaco por exceso de ventilación y/o hipovolemia
 - Renales: Disminución del flujo sanguíneo renal, retención hídrica
- Gastrointestinales:
 - Distensión gástrica y disminución de la motilidad
- Neurológicas:
 - Aumento de PIC
- Pulmonares:
 - Atelectasia, atrofia pulmonar
 - Toxicidad por O₂: Daño tisular (se recomienda utilizar FiO₂ < 0.6)
- Infecciosas:
 - Neumonía
 - Sinusitis
 - Otitis
 - Traqueobronquitis
 - Faringitis
- Por programación inadecuada:
 - Hipo o hiperventilación
 - Aumento de trabajo respiratorio
 - Malestar psicológico
- Otras complicaciones:
 - Hipoxia (efecto secundario a la aspiración)
 - Bradicardia, arritmias
 - Disturbios mentales
 - Tetania con riesgo de alcalosis profunda
 - Úlceras por decúbito
 - Hepáticas

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA	Z1-NSG-PO-1816 Revisión: A Página 978 de 1152
---	---	---

BIBLIOGRAFÍA

- Elorza-Mateos J, Ania-González N, Águeda-Sábada M, Barrio-Linares M del, Margall-Coscojuela MA, Asiain-Erro MC. Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. *Enferm Intensiva*. 2011; 22 (1): 22-30.
- Miquel C, Picó P, Huertas C, Pastor M. Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Revisión sistemática. Enferm Clin*. 2006; 16 (5): 244-52.
- Torres-Gonzalez JI. Plan de cuidados para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. [Internet]. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Adaptación al Grado*. 4 (2): 76-119, 2012. [Acceso marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/946>
- Clemente FJ. Ventilación mecánica. Guía práctica para enfermería. [Internet]. 1ª Ed. España; 2009. [Acceso marzo 2018] Disponible en:
<https://enfermeriarespira.es/cuidados-de-enfermeria/>
- Protocolo de actuación de enfermería ante un paciente con ventilación mecánica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. 2008.

DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Ferrer Cólera, Marta Ibáñez García, Beatriz Sáez Escolano, Paula	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO	Z1-NSG-PO-1817 Revisión: A Página 980 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

DP	DECÚBITO PRONO
DS	DECÚBITO SUPINO
NE	NUTRICIÓN ENTERAL
EESS	EXTREMIDADES SUPERIORES
EEII	EXTREMIDADES INFERIORES
mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
PEEP	PRESIÓN ESPIRATORIA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN
SDRA	SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO
SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
SV	SONDA VESICAL
TCAE	TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
TET	TUBO ENDOTRAQUEAL
UCI	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
UPP	ÚLCERA POR PRESIÓN
V/Q	VENTILACIÓN-PERFUSIÓN

DEFINICIÓN

El Síndrome de distrés respiratorio agudo se define como una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar que ocasiona edema pulmonar difuso producto de un aumento de la permeabilidad capilar pulmonar.

Sus características clínicas incluyen: deterioro de la oxigenación, disminución de la compliance pulmonar y de la capacidad pulmonar residual con infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax.

OBJETIVOS

- Mejorar la oxigenación arterial del paciente crítico con SDRA que no responde adecuadamente a la ventilación habitual.
- Conocer la técnica de realización de la posición de decúbito prono en paciente crítico.
- Colocar al paciente con SDRA en posición de decúbito prono de forma segura.

ALCANCE

Paciente adulto ingresado en UCI que reúne las siguientes condiciones:

- Diagnóstico de SDRA
- $PaO_2/FiO_2 < 200$
- Requerimientos de $FiO_2 > 50\%$ con $PEEP \geq 10$ mmHg
- No existencia de contraindicación para realizar la técnica de DP

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Sábanas
- Empapadores
- Almohadas
- Rosco protector para cara y TET: Puede hacerse con unas toallas
- Bolsa colectora para SNG
- Alargaderas
- Electrodo
- Pulsioxímetro
- Aspirador de secreciones y sondas de aspiración
- Ambú y mascarilla conectada al oxígeno
- Material de intubación (laringoscopio, TET, medicación y material de fijación)
- Carro de paradas

EJECUCIÓN

Preparación de la técnica

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Suspender la nutrición enteral (NE), 1h antes de la realización de la técnica.
- Comprobar la correcta situación de la SNG, su permeabilidad y fijación.
- Pinzar la SNG al realizar el giro.
- Comprobar la correcta sujeción, situación del tubo endotraqueal (TET), así como la presión del neumotaponamiento, que deberá estar entre 25-30 mmHg.
- Realizar la higiene bucal, a fin de evitar la aparición de neumonías asociadas a la ventilación mecánica por aspiración de contenido gástrico. [PO-0801](#)
- Aspirar las secreciones traqueales, si fuese necesario. [PO-0112](#)
- Decidir hacia qué lado girar al paciente, preferiblemente hacia el lado donde se encuentra el respirador o el contrario de la localización del acceso venoso.
- Revisar el correcto funcionamiento de los accesos venosos y arteriales.
- Realizar las curas necesarias, si el paciente presenta heridas o drenajes en la parte anterior del cuerpo. [PO-1820](#)
- Comprobar la correcta sujeción y permeabilidad de drenajes abdominales y/o torácicos, vaciar su contenido, colocar bolsas colectoras y ponerlas entre las piernas, a los pies de la cama a fin de que no obstaculicen el giro, si el paciente fuera portador de ellos.
- Pinzar la sonda vesical. Se dejará colocada entre las piernas del paciente.
- Limpiar los ojos con suero fisiológico y lubricar con lágrimas artificiales, para evitar lesiones corneales. [PO-0802](#)
- Extraer una gasometría arterial unos 30 minutos antes del giro para poder compararla con la posterior en DP. [PO-0103](#)
- Administrar sedantes/relajantes musculares según prescripción facultativa, si fuera necesario.

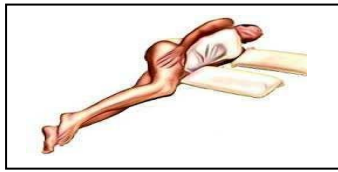
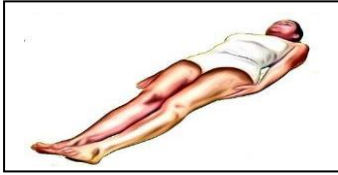
Colocación del personal sanitario

- Facultativo en la cabecera de la cama encargado de dirigir el proceso, controlar el tubo endotraqueal (TET) y la sonda nasogástrica (SNG).
- Dos enfermeras una a cada lado de la cama, vigilando accesos vasculares y drenajes.
- Una TCAE encargada del desplazamiento de las extremidades.
- Uno o dos celadores en la zona toraco-abdominal, encargado de girar al enfermo.

Ejecución de la técnica



- Acercar tanto como sea posible el respirador a la cabecera de la cama, liberar las tubuladuras del ventilador y asegurarse que la longitud sea suficiente para realizar el giro sin limitaciones.



- Tomar las constantes hemodinámicas y respiratorias y colocar la cama en posición horizontal y el paciente en decúbito supino.
- Se desplazará al paciente hacia uno de los bordes de la cama (decidido previamente durante la preparación). El brazo sobre el que se va a girar deberá de estar pegado a lo largo del cuerpo, con la palma de la mano hacia arriba y debajo del glúteo.
- Posicionar al paciente en decúbito lateral. En este momento, se colocarán, si es necesario, sábanas limpias en la zona que queda delante del paciente, y dejaremos las sucias introducidas debajo del lateral del paciente.
- Se deberá de tener especial cuidado en el giro con las tubuladuras del respirador. Se colocará una almohada a la altura de la escápula y otra a la altura de la pelvis. A la altura de la cabeza se pondrá un empapador y un rodete.
- La monitorización deberá de cambiarse de frontal a dorsal.
- Posicionar al paciente en decúbito prono. Colocar la cabeza girada lateralmente y sobre una superficie blanda, evitando acodaduras en el TET.
- Comprobar que el TET está en su sitio y que el paciente ventila correctamente, así como del correcto funcionamiento de los accesos vasculares y drenajes.
- Elevar el tórax recolocando la almohada debajo de éste dejando libre la cánula para facilitar la ventilación y aspiración de secreciones y proteger las zonas de presión en hombros y senos (en mujeres).
- Recolocar la almohada a nivel de la pelvis liberando la zona abdominal y, en especial, los genitales externos y previniendo acodamiento de la sonda vesical.
- Apoyar las EEII también sobre almohadas, evitando la hiperextensión de las articulaciones.

- Centrar al paciente en la cama asegurando una correcta alineación corporal.



- Situar la mano del lado contrario hacia donde está lateralizada la cabeza, en la parte superior de la cama con la palma hacia abajo, se utilizará un rodillo para mantener la mano en posición anatómica; y la otra mano, con la palma hacia arriba, a lo largo del cuerpo, con una ligera flexión del codo.
- Despinzar la SV, pasarla por encima de la pierna y situarla en un lateral de la cama, colocando de nuevo el urímetro.
- Comprobar que la posición de la SNG sea correcta y reiniciar la NE.
- Colocar la cama en posición Anti-trendelenburg 15°-20° para favorecer la ventilación, minimizar el riesgo de aspiración gástrica, mejorar la tolerancia a la NE y disminuir los edemas faciales y periorbitales que la mayoría de los pacientes presentan en DP. [PO-0401](#)
- Recalibrar los sistemas de medición hemodinámica y revalorar los parámetros hemodinámicos y respiratorios.
- Extraer una gasometría arterial a los 30 minutos post-giro para contrastarla con la previa.

Si aparece hipoxia persistente durante el DS recolocaremos al paciente en DP.

Si mantiene los niveles de oxigenación en DS, se reevaluará al paciente en 24h, si continúa cumpliendo criterios para DP, se realizará de nuevo la técnica de DP.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Es recomendable, si la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente lo permiten, girarlo en posición de decúbito supino cada 24 horas, siempre según criterio facultativo.
- Hacer cambios posturales de la posición de las EESS y coordinarla con el giro de la cabeza cada 2 horas.
- Revisar que el paciente mantiene una correcta alineación corporal cada 2 horas.
- Vigilar y prevenir las úlceras por presión (UPP), especialmente en orejas, pómulos, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos de los pies. Higiene ocular aplicando pomada epitelizante y oclusión.
- La aspiración de secreciones orotraqueales en estos pacientes se debe realizar con sumo cuidado debido a la inestabilidad respiratoria que presentan, realizando una preoxigenación al 100% y a ser posible utilizando sistemas cerrados de aspiración. Vigilar que no se desplace el TET.
- Durante el tiempo que el paciente permanece en DS se realizará la higiene corporal, revisión de puntos de presión, cura o recambio de vías y realización de pruebas complementarias.
- Posibles complicaciones:
 - Extubación accidental
 - Pérdida o desconexión accidental de accesos vasculares, drenajes, SV o SNG
 - Edema facial, palpebral o conjuntival
 - UPP
 - Intolerancia NE. Evitable colocando sonda nasoyeyunal
 - Aumento de necesidad de sedación y relajación

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez-Canosa MC, Brea-Fernández A, Camino-Castiñeiras M, Fernández-Barral R, Fragua-Mariño M, Roca-Vázquez J, Villar-Redondo R. El decúbito prono en una unidad de cuidados críticos: protocolo y plan de cuidados. Nursing. 2005 jun-jul. 23 (6): 56-66.
- Hernández E, Jam MR, Ortiz D, Ayala S, Martínez M, Blanch L. Decúbito tratamiento.
- Postural en pacientes con SDRA. Punto de vista de enfermería. Enferm Intensiva. 1998 abr-jun. 9 (2): 36-41.
- Martín-de la Torre M, González-Priego T, López-Caballero T, López-Reusch S. Técnica de colocación a 'decúbito prono': estudio hemodinámico, respiratorio y complicaciones. Enferm Intensiva. 2000 jul-sep. 11 (3): 127-135.

MEDICIÓN DE LA PVC CON COLUMNA DE AGUA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Larraga Ruíz, Miriam Sánchez Esteban, Ana	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE LA PVC CON COLUMNA DE AGUA	Z1-NSG-PO-1818 Revisión: A Página 987 de 1152
---	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
cm	CENTÍMETROS
mm Hg	MILÍMETROS DE MERCURIO

DEFINICIÓN

La PVC es la presión que reina en los grandes troncos venosos intratorácicos y refleja el volumen de líquido intravascular. La medición de la PVC describe la presión de la sangre en la vena cava superior, cerca de la aurícula derecha del corazón (siempre y cuando no exista una obstrucción de la vena cava) y de manera indirecta la presión telediastólica ventricular derecha. En consecuencia, es un buen indicador de la función del corazón derecho.

La PVC indica la relación entre el volumen de sangre que ingresa en el corazón y la efectividad con que éste lo eyecta.

OBJETIVOS

- Conocer el estado hemodinámico del corazón derecho.
- Detectar anomalías cardíacas y alteraciones de la volemia, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

ALCANCE

Población con necesidad de medición de la presión que reina en los grandes troncos venosos intratorácicos.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Catéter medición de PVC
- Suero salino isotónico
- Palo de gotero que sirva de soporte para el suero y la regleta
- Equipo de medición de PVC y llave de tres vías
- Regla con escala graduada con valores de -5cm a +25 cm
- Cable alargadera de presiones

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Conectar el sistema en "Y" con un suero salino isotónico.
- Purgar todo el sistema evitando que queden burbujas de aire atrapadas.
- Situar al paciente en decúbito supino, con la cama horizontal, si no fuese posible colocar al paciente en esta posición, deberíamos realizar las próximas mediciones en el mismo plano o en la misma posición.

- Comprobar que el punto "0" de la escala coincide con la aurícula del enfermo (intersección de la línea media axilar con el cuarto espacio intercostal), usando la regla con nivel.
- Cerrar los sueros que lleve el enfermo por esta vía, comprobando primero la permeabilidad.
- Girar la llave de tres pasos para comunicar el suero con la columna de medición, de esta forma el suero asciende a través de la columna de unos 25/35 cm.
- Girar otra vez la llave de tres pasos, para unir el suero de la columna con el paciente.
- Observar el descenso de nivel de la columna graduada; el líquido se para en la columna, que oscilará con la respiración y los latidos cardiacos del paciente. Este punto determina el valor de la PVC.
- Una vez realizada la medición de la PVC se cierra la llave de la columna graduada y se abre la del suero, restableciendo la pauta de sueros.
- Purgar el catéter cada vez que se realice la medición sin desconectar el sistema.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La presión se va a dar en cm de H₂O y con respecto a la presión atmosférica.
 - La cifra absoluta de PVC da menos información que la tendencia creciente o decreciente con el paso del tiempo.
 - Los valores en mm Hg son más bajos que los valores en cm de H₂O (1mm Hg= 1,36cm H₂O)
 - Los valores medidos en vena cava oscilan entre 6 y 12cm de H₂O.
 - Los valores medidos en aurícula derecha oscilan entre 0 y 4cm de H₂O.
- Al no verse en la radiografía la colocación exacta de la punta del catéter, se consideran de forma general los valores entre 4 y 12cm de H₂O.
- Tanto en el manómetro de fluido como en el transductor de presiones, los sistemas habrá que unirlos con la llave de tres pasos más proximal al catéter y en la luz más distal en el caso de ser un catéter multilumen, excepto si tenemos colocado un catéter arterial pulmonar (Cateter Swang-Ganz), ya que en este caso la medición se realiza a través de su luz más proximal.
- Calibrar los aparatos al menos una vez cada turno, o siempre que la exactitud de la lectura ofrezca dudas.
- El punto "0" de la escala ha de coincidir con la aurícula del enfermo, que se encuentra en la línea media axilar, a la altura del cuarto espacio intercostal.
- Comprobar:
 - Que el circuito no está pinzado a ningún nivel.
 - Que el catéter es permeable.
 - La ausencia de aire en el circuito.
- Cambiar el equipo y suero cada 96 horas.
- Si la medición no se puede realizar en decúbito supino, anotar la posición en la que se realizó la determinación.

- En caso de que el enfermo esté conectado a un respirador es preferible hacer la medición en ventilación espontánea y teniendo en cuenta los niveles de PEEP (hay que restar la PEEP al valor obtenido).
- Control de las potenciales complicaciones:
 - Propias del procedimiento de canalización de la vía central (hematomas, hemoneumotórax)
 - Infección del punto de punción
 - Embolias
 - Arrastre de medicación
- Los factores que influyen en la PVC son el volumen de sangre que retorna al corazón derecho, el tono vascular, la contractilidad cardíaca y la postura del paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFIA

- Sabatier C, Monge I, Ochagavia A. Valoración de la precarga y la respuesta cardiovascular al aporte de volumen. Rev: Med Intensiva. 2012; 36: 45-55.
- Atilio-Barbeito, MD; Jonathan B. Mark, MD. Monitorización de la presión arterial y la presión venosa central. Rev: Anesthesiology Clin N Am. 2006; 24: 715-735.
- González-Caro, JM et al. Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz o multilumen mediante técnica de Seldinger. Rev: Nure Investigacion. 2007; 29.
- Carrillo-López A, Fiol-Sala M, Rodríguez-Salgado A. El papel del catéter de Swan-Ganz en la actualidad. Rev: Med Intensiva. 2010; 34 (3): 203-14.
- Romero-López J, Luis JC, Pérez-Torres MC. Utilidad clínica de la Presión Venosa Central. Rev: Andaluza de Patología Digestiva. 2002.
- Rivas-Doblado JS, García-Ubero F, Artes-Leo, JL. Presión Venosa Central. Variaciones en personas con intolerancia al decúbito. Rev: Rol Enferm. 2002; 25 (1): 51-4.
- Burchell-Patricia L, Powers-Kelly A. Monitorización de la presión venosa central en el contexto asistencial agudo. Rev: nursing. 2012; 30 (3): 20-5.
- García-de Lorenzo A, Caturla-Such MJ. Medicina Intensiva. Editorial Universitaria Ramón Areces. S.A.

MEDICIÓN DE LA PVC CON TRANSDUCTOR

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 02/2019	Fecha: 02/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Larraga Ruíz, Miriam Sánchez Esteban, Ana	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE LA PVC CON TRANSDUCTOR	Z1-NSG-PO-1819 Revisión: A Página 993 de 1152
--	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

PVC	PRESIÓN VENOSA CENTRAL
cm	CENTÍMETROS
mm Hg	MILÍMETROS DE MERCURIO

DEFINICIÓN

La PVC es la presión que reina en los grandes troncos venosos intratorácicos y refleja el volumen de líquido intravascular. La medición de la PVC describe la presión de la sangre en la vena cava superior, cerca de la aurícula derecha del corazón (siempre y cuando no exista una obstrucción de la vena cava) y de manera indirecta la presión telediastólica ventricular derecha. En consecuencia, es un buen indicador de la función del corazón derecho.

La PVC indica la relación entre el volumen de sangre que ingresa en el corazón y la efectividad con que éste lo eyecta. Es una buena aproximación de la presión auricular derecha, que es un principal determinante del volumen diastólico final del ventricular derecho (precarga).

OBJETIVOS

- Conocer el estado hemodinámico del corazón derecho (la precarga).
- Detectar anomalías cardíacas y alteraciones de la volemia, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

ALCANCE

Población con necesidad de medición de la presión que reina en los grandes troncos venosos intratorácicos.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Catéter de PVC
- Suero salino isotónico
- Transductor de presión y kit monitorización de la PVC
- Palo de gotero con soporte para transductor de presión
- Monitor con toma de presiones
- Cable alargadera de presiones
- Llave de tres vías



EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Montaje del sistema:
 - Conectar el kit de monitorización de PVC con el transductor de presión, y las llaves de tres vías.
 - Purgar con solución salina todo el sistema evitando que queden burbujas de aire atrapadas.
 - Purgar la cúpula del transductor a la inversa de forma que las burbujas fluyan en sentido del suero y no queden en su interior.
 - Tras purgar el sistema conectaremos los cables al monitor y al transductor, observando como en la pantalla vemos que aparece una curva correspondiente a la PVC.



- Situar al paciente en decúbito supino, con la cama horizontal, si no fuese posible colocar al paciente en esta posición, deberíamos realizar las próximas mediciones en el mismo plano o en la misma posición. [PO-0401](#)
- Determinación del cero:
 - Alinear el transductor con eje flebotático a la altura de la aurícula derecha (cuarto espacio intercostal línea media axilar).
 - Poner en contacto el suero con el aire atmosférico (retirando el tapón), para ello debemos girar la llave del transductor cerrando el paso hacia el paciente.
 - Seleccionar en el monitor PVC
 - Presionar sobre "poner a 0".
 - Observar en el monitor que la curva de la PVC se aplane.
 - Aparece un mensaje en la parte superior de la pantalla que indica "cero aceptado".
 - La derecha del monitor aparece la cifra 0.



- Una vez puesto a cero, colocar el tapón en la llave del transductor y conectar de nuevo el suero con el paciente.
- Medición de la presión
 - Comprobar:
 - Que el sistema de medición de la PVC se encuentra en la llave más proximal al paciente.
 - Que se ha cerrado el paso de medicación, quedando conectado únicamente el suero con el paciente.
 - En la pantalla aparecerá una curva y una cifra correspondiente a la PVC.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La presión se va a dar en cm de H₂O y con respecto a la presión atmosférica.
 - La cifra absoluta de PVC da menos información que la tendencia creciente o decreciente con el paso del tiempo.
 - Los valores en mm Hg son más bajos que los valores en cm de H₂O (1mm Hg= 1,36 cm H₂O)
 - Los valores medidos en vena cava oscilan entre 6 y 12 cm de H₂O.
 - Los valores medidos en aurícula derecha oscilan entre 0 y 4 cm de H₂O.
- Al no verse en la radiografía la colocación exacta de la punta del catéter, se consideran de forma general los valores entre 4 y 12 cm de H₂O.
- Tanto en el manómetro de fluido como en el transductor de presiones, los sistemas habrá que unirlos con la llave de tres pasos más proximal al catéter y en la luz más distal en el caso de ser un catéter multilumen, excepto si tenemos colocado un catéter arterial pulmonar (Cateter Swang-Ganz), ya que en este caso la medición se realiza a través de su luz más proximal.
- Calibrar los aparatos al menos una vez cada turno, o siempre que la exactitud de la lectura ofrezca dudas.
- El punto "0" de la escala ha de coincidir con la aurícula del enfermo, que se encuentra en la línea media axilar, a la altura del cuarto espacio intercostal.
- Comprobar:
 - Que el circuito no está pinzado a ningún nivel.
 - Que el catéter es permeable.
 - La ausencia de aire en el circuito.
- Cambio del equipo y suero cada 96 horas.
- Si la medición no se puede realizar en decúbito supino, anotar la posición en la que se realizó la determinación.
- En caso de que el enfermo esté conectado a un respirador es preferible hacer la medición en ventilación espontánea y teniendo en cuenta los niveles de PEEP (hay que restar la PEEP al valor obtenido).
- Control de las potenciales complicaciones.
- Los factores que influyen en la PVC son el volumen de sangre que retorna al corazón derecho, el tono vascular, la contractilidad cardíaca y la postura del paciente.

- Posibles causas de incrementos de la PVC:
 - Vasoconstricción.
 - Insuficiencia ventricular derecha.
 - Insuficiencia tricúspide.
 - Taponamiento pericárdico.
 - Embolia pulmonar.
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - Ventilación con presión positiva.
- *Posibles causas de disminución de la PVC:*
 - Hipovolemia.
 - Vasodilatación.
 - Aumento de la contractilidad cardiaca.
- Complicaciones
 - Propias del procedimiento de canalización de la vía central (hematomas, hemo neumotórax).
 - Infección del punto de punción.
 - Embolias.
 - Arrastre de medicación.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Sabatier C, Monge I, Ochagavia A. Valoración de la precarga y la respuesta cardiovascular al aporte de volumen. Rev: Med Intensiva. 2012; 36: 45-55.
- Atilio-Barbeito MD, Jonathan B, Mark MD. Monitorización de la presión arterial y la presión venosa central. Rev: Anesthesiology Clin N Am.2006; 24: 715-735.
- González-Caro JM et al. Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz o multilumen mediante técnica de Seldinger. Rev: Nure Investigacion. 2007; 29.
- Carrillo-López A, Fiol-Sala M, Rodríguez-Salgado A. El papel del catéter de Swan-Ganz en la actualidad. Rev: Med Intensiva.2010; 34 (3): 203-14.
- Romero-López J, Luis JC, Pérez-Torres MC. Utilidad clínica de la Presión Venosa Central. Rev: Andaluza de Patología Digestiva. 2002.
- Rivas-Doblado JS, García-Ubero F, Artes-Leon JL. Presión Venosa Central. Variaciones en personas con intolerancia al decúbito. Rev: Rol Enferm. 2002; 25 (1): 51-4.
- Burchell-Patricia L, Powers-Kelly A. Monitorización de la presión venosa central en el contexto asistencial agudo. Rev: nursing. 2012; 30 (3): 20-5.
- García-de Lorenzo A, Caturla-Such MJ. Medicina Intensiva. Editorial Universitaria Ramón Areces. S.A.

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN CURA ESTÉRIL

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 08/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADO DE ENFERMERÍA EN CURA ESTÉRIL	Z1-NSG-PO-1820 Revisión: A Página 1000 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

cm	CENTÍMETRO
----	------------

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades de enfermería encaminadas a mantener unas condiciones fisiológicas y de higiene en la herida que favorezcan y aceleren el proceso de cicatrización.

OBJETIVOS

- Recuperar el deterioro de la integridad cutánea.
- Evitar la infección.
- Controlar la hemorragia.
- Disminuir el tiempo de cicatrización.

ALCANCE

Dirigido a toda persona susceptible de precisar una cura estéril para mejorar la integridad cutánea.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Paño estéril
- Gasas estériles
- Apósitos estériles
- Solución antiséptica
- Suero fisiológico
- Equipo de curas estéril:
 - Pinzas de disección
 - Pinzas de Köcher
 - Tijeras
- Hoja de bisturí
- Quitagrapas
- Tijeras no estériles
- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Esparadrapo hipoalergénico
- Productos de elección, según las características de la herida
- Protector absorbente

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en la postura adecuada para realizar la cura.

- Dejar descubierta sólo la zona del cuerpo en la que se va a realizar la cura.
- Proteger la cama con el protector absorbente.
- Preparar el campo estéril, en una bandeja del carro de curas o en una mesa auxiliar.
- Abrir el paquete de gasas y el equipo de curas, siguiendo una técnica aséptica y depositarlos en el campo estéril.
- Retirar suavemente el apósito sucio, utilizando guantes no estériles, humedeciéndolo con suero fisiológico si fuera necesario.
- Doblar sobre sí mismo el apósito sucio, para que no contamine y depositar en la bolsa de residuos junto con los guantes.
- Examinar cuidadosamente la herida y si notamos alguna variación en el aspecto de la misma (enrojecimiento, emplastamiento, dehiscencias o la aparición de un absceso) notificarlo al facultativo.
- Colocación de los guantes estériles [PO-0904](#) o no estériles [PO-0902](#), según el tipo de herida.
- Con una pinza de disección y una de Köcher, doblar una gasa en cuatro, de forma que los extremos queden hacia dentro (torunda).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Herida cerrada

- Impregnar la torunda con el antiséptico adecuado.
- Limpiar suavemente, empezando en la parte superior de la incisión, de arriba hacia abajo, en un solo movimiento. Si la herida estuviera contaminada, limpiar siempre desde la zona limpia a la contaminada.
- Desechar la gasa.
- Repetir el mismo procedimiento hasta que la herida esté completamente limpia.
- Secar la herida utilizando la misma técnica.
- Aplicar algún tipo de pomada, si estuviera indicado en la prescripción facultativa.
- Si es herida limpia, se puede dejar al aire. Si no es así, proteger la herida con el apósito, evitando ser excesivamente generosos en la zona a cubrir.
- Sujetar con gasa porosa o esparadrapo hipoalergénico, de manera que cubra el apósito y sobresalga del mismo 1 cm.
- Utilizar malla tubular elástica si el paciente fuera alérgico a cualquiera de estos dos materiales y la herida lo requiriese, por su tamaño o situación.
- Si el paciente es portador de un drenaje, siempre que sea posible, se mantendrá aislado de la herida y se limpiará en último lugar con suero fisiológico, de dentro hacia fuera.
- Secar sin friccionar, aplicar antiséptico en la misma forma y cubrir con un apósito estéril, evitando el acodamiento del drenaje.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf

- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Retirada de suturas

- *Retirada de puntos separados:*
 - Sujetar el punto con las pinzas, tirar de él hacia fuera para que la porción de hilo que está por debajo quede visible.
 - Cortar por debajo del nudo el cabo más cercano a la piel. Cada punto se extrae suavemente, sujetando la piel al mismo tiempo con la otra mano, para evitar la tracción y molestia al paciente.
- *Retirada de sutura continua:*
 - Movilizar ambos extremos de la sutura.
 - Cortar uno de los extremos y tirar del otro suavemente, sujetando la piel al mismo tiempo con la otra mano, hasta que salga todo el hilo de la sutura.
- *Retirada de grapas:*
 - Enganchar la grapa por su centro con el extractor de grapas, presionando hasta el fondo en un solo movimiento. La grapa sale sola enganchada en el extractor.
- Volver a limpiar la incisión con antiséptico.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Herida abierta

- Impregnar la gasa con suero fisiológico y limpiar suavemente la piel de alrededor
- Desechar la gasa y secar sin friccionar.
- Irrigar la herida con suero fisiológico, si existe exudado o supuración.
- Limpiar la herida con gasas impregnadas en antiséptico, en sentido circular, desde dentro hacia fuera.
- Secar correctamente con gasas estériles, utilizando la misma técnica.
- Aplicar el producto según prescripción facultativa y las características de la herida.
- Colocar un apósito estéril.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material. Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Cura MÖNDAL

- Irrigar la herida con suero fisiológico.
- Limpiar la herida con gasas impregnadas en antiséptico, en sentido circular, desde dentro hacia fuera.
- Colocar apósito de hidrofibra Durafiber®/aquacel®
- fijar con apósito transparente Skinfilm®.

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Procurar la máxima analgesia y bienestar del paciente durante la realización de la cura.
- En heridas cerradas, no quitar costras duras existentes, ya que se podría arrancar tejido epitelial renovado.
- Revisar procedimiento de cuidados del paciente con UPP. [PO-1822](#) y [PO-1823](#)
- Enseñar al paciente y familia las medidas higiénicas y las recomendaciones adecuadas para el baño o la ducha.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia-Corredor CM, Alonso-Araujo I, Álvarez-Torralba MJ, Álvarez-Velarde S, Aparcero-Vaz C, Aponte-Tomillo I, et al. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Acceso agosto 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Documentación de enfermería. Cuidado de heridas. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2012. [Acceso agosto 2016] Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidado_de_la_s_heridas.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311009516359&ssbinary=true

CUIDADO Y RETIRADA DE SUTURAS QUIRÚRGICAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Técnica de retirada del sistema de sujeción no reabsorbible (puntos de sutura o agrafes) que mantiene unidos los bordes de una herida quirúrgica.

OBJETIVOS

- Retirar productos que actúen como cuerpo extraño en los tejidos.
- Promover la continuidad en el proceso de cicatrización.
- Facilitar el proceso de curación de una herida.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Pinzas estériles
- Tijeras estériles
- Hojas de bisturí
- Extractor de agrafes
- Solución antiséptica
- Suero fisiológico
- Apósitos estériles
- Sutura adhesiva estéril

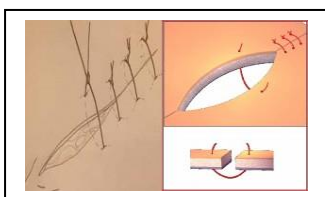
EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Confirmar la prescripción facultativa de retirada de puntos o agrafes.
- Disponer el equipo de curas cerca del paciente, en el carro de curas o en mesita auxiliar.
- Retirar el apósito, humedecerlo con suero fisiológico en caso de que se encuentre muy pegado.
- Observar la herida por si presenta signos de inflamación, infección, dehiscencia o seroma. En caso afirmativo, notificar al facultativo antes de seguir con el procedimiento.
- Abrir los envoltorios del material y humedecer unas gasas con solución salina y otras con Povidona Yodada.
- Desechar los guantes no estériles.
- Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
- Limpiar la herida con suero fisiológico, doblando en cuatro una de las gasas humedecidas en solución salina, limpiando la línea de sutura con movimientos de la

parte superior a la inferior de la herida la piel circundante (desde la zona más limpia a la menos limpia); utilizar tantas gasas sean necesarias para humedecer la sutura y facilitar su extracción.

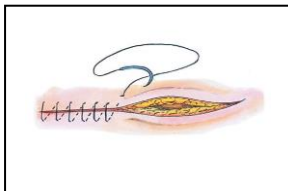
- Limpiar con la solución de Povidona Yodada.
- Dejar una o dos gasas estériles junto a la línea de sutura y proceder a retirar los puntos o grapas.
- Verificar el tipo de sutura para elegir material.

Puntos sueltos



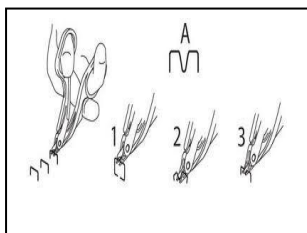
- Coger las pinzas con la mano no dominante y la hoja de bisturí o tijeras con la otra mano.
- Sujetar con las pinzas el nudo de la sutura y tirar suavemente, al tiempo que introducimos la punta del bisturí debajo del mismo.
- Seccionar la sutura tan cerca de la piel como sea posible.
- Tirar suavemente del nudo con un movimiento continuo para extraer completamente el hilo de la sutura, y dejarlo sobre la gasa seca que hemos dejado cerca de la línea de sutura.
- Comprobar que el hilo extraído está completo y no queda nada dentro.
- Repetir la maniobra con cada uno de los puntos.

Sutura continúa



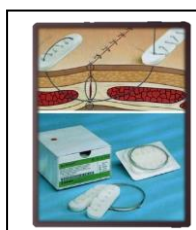
- Movilizar ambos extremos de la sutura.
- Cortar uno de los extremos y tirar del otro de forma suave mientras sujetamos la piel con la mano libre, hasta conseguir sacar todo el hilo de la sutura.

Grapas/agrafes



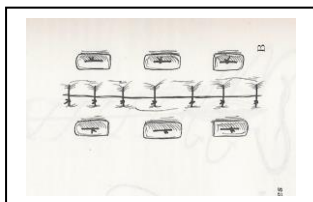
- Coger la grapa por la zona central con el extractor o quitagrapas.
- Presionar éste de manera profunda con un único movimiento. La grapa saldrá sola, doblándose por debajo de la piel.

Sutura abdominal metálica con placas (ventrofil)



- Se debe tener especial cuidado al cortar el hilo, ya que no debe quedar una punta doblada que pueda lesionar los tejidos al salir.
- El hilo de acero que va recubierto de polietileno se corta con la tijera, se extrae de la placa y ésta se suelta.

Punto en U Horizontal (Sostén, Relajación o Tensión y de Afrontamiento)



- Coger las pinzas con la mano no dominante y la hoja de bisturí o tijeras con la otra mano.
- Sujetar con las pinzas el nudo de la sutura y tirar suavemente, al tiempo que introducimos la punta del bisturí debajo del mismo.
- Seccionar la sutura tan cerca de la piel como sea posible.
- Tirar suavemente del nudo con un movimiento continuo para extraer completamente el hilo de la sutura, y dejarlo sobre la gasa seca que hemos dejado cerca de la línea de sutura.
- Comprobar que el hilo extraído está completo y no queda nada dentro.
- Repetir la maniobra con cada uno de los puntos.

- Al terminar, volver a limpiar con Povidona Yodada, cubrir con apósito estéril, con gasas o con espray de Nobecutan®.
- Valorar si se ponen tiras de aproximación (Steri-strips®).
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Mantener la asepsia durante todo el proceso.
- Avisar al facultativo si se observan signos de infección.
- Valorar retirar los puntos a partir del 7º-10º día.
- Valorar la retirada de puntos o grapas si la herida presenta signos de maceración, tensión y exudado.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADO Y RETIRADA DE SUTURAS QUIRÚRGICAS	Z1-NSG-PO-1821 Revisión: A Página 1010 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Jarpyo Editores, Madrid: 2000.
- Manual de procedimientos de enfermería. [Internet]. 1ª ed. Servicio de salud del principado de Asturias: Hospital universitario central de Asturias; 2011. [Acceso marzo 2018]. Disponible en:
http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Retirada%20de%20suturas%20y%20o%20agrafes.pdf
- Enfermería 2014 Wikimap. [Internet]. [Acceso marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.enfermeria1014.com/page/Retirada+de+puntos+de+sutura+y+grapas>
- Protocolo de Enfermería en la de retirada de puntos en una herida quirúrgica. Revista Médica Electrónica Portales Medicos.com. [Internet]. 2017. [Acceso marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/protocolo-de-enfermeria-retirada-puntos-herida-quirurgica/>
- Alarcón-Barcos F. Cura de heridas quirúrgicas y retirada de suturas Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. [Internet]. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso marzo 2018]. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h3_cura_retirada_suturas.pdf

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Labari Sanz, Genoveva Moreno González, M ^a Jesús Ordovás Teresa, M ^a José	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Z1-NSG-PO-1822 Revisión: A Página 1012 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UPP	ÚLCERA POR PRESIÓN
SEMP	SUPERFICIE ESPECIAL PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN
AGHO	ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS

DEFINICIÓN

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para prevenir la aparición de úlceras por presión en población de riesgo.

OBJETIVOS

- Mantener la integridad de la piel.
- Eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen las UPP.

ALCANCE

Pacientes ingresados susceptibles de cursar una UPP.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Superficie especial para el manejo de la presión (SEMP)
 - Superficie dinámica
 - Superficie estática
- Almohadas
- Ropa de cama
- Carro de curas
- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)
- Protecciones locales (apósitos hidrocelulares e hidrocoloides)
- Producto hidratante
- Producto barrera
- Guantes no estériles
- Material para la higiene del paciente
- Escala de valoración de riesgo
- Hoja de Seguimiento y Evolución de las UPP

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Valorar al ingreso el riesgo de aparición de UPP según la Escala de Norton. [PO-1702](#)
- Reevaluar semanalmente y/o ante cambios en la situación del paciente. Se consideran cambios relevantes:
 - Una intervención quirúrgica superior a 10 horas
 - La aparición de isquemia por cualquier causa
 - Períodos de hipotensión

- Pérdidas de sensibilidad de cualquier origen
- Pérdidas de movilidad de cualquier origen
- Pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas
- Mantener la piel del paciente limpia y seca en todo momento.
- Realizar la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón de ph neutro, aclarar bien y secar por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.
- Realizar inspección de la piel, al menos una vez al día, prestando mayor atención a las siguientes zonas:
 - Prominencias óseas: sacro, talones, trocánteres, maleolos, codos
 - Zonas expuestas a humedad
 - Presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo en sentido circular, evitando los masajes.
- Proteger las zonas más vulnerables a la presión y/o fricción: zona sacra, trocánteres, occipital, codos, talones, maleolos.
- Utilizar apósitos hidrocoloides para reducir la fricción y apósitos hidrocelulares para reducir la presión.
- Hidratar el resto de la piel, evitando los masajes.
- Mantener la ropa de la cama libre de arrugas.
- Realizar un programa de cambios posturales individualizados, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la superficie sobre la que está. [PO-0401](#)
 - Evitar el arrastre y el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
 - Realizar los cambios posturales cada 2/3 horas en los pacientes encamados siguiendo una rotación programada e individualizada.
 - Si el paciente va a estar en sedestación, realizar movilizaciones horarias.
- Utilizar una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente.
- Emplear una superficie estática cuando el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las UPP y en pacientes con riesgo bajo.
- Emplear una superficie dinámica si el paciente es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las UPP y/o pacientes con riesgo medio/alto.
- Asegurar una nutrición adecuada. Un paciente de alto riesgo de desarrollar una UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica.
- Tratar la incontinencia y eliminar la humedad excesiva.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan de residuos Sector I mppastor 11049.pdf>
<http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico Residuos-10022010 mppastor 92815.pdf>
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No utilizar colonias, polvos de talco ni alcohol.
- No masajear zonas con prominencias óseas.
- No utilizar cojines con forma de rosco.
- Vigilar potenciales UPP iatrogénicas: SNG, sonda vesical, traqueostomía, dispositivos de oxigenoterapia (gafas nasales, mascarillas).
- Prestar especial atención a talones: son especialmente vulnerables debido a su estructura anatómica, por el efecto de la inmovilidad de las EEII y por soportar nivel de presión continua. Se recomienda:
 - Utilizar taloneras de espuma de poliuretano sujetas con malla no compresiva o calcetín de algodón (revisión diaria).
 - Evitar el uso de vendajes de crepé y vendajes almohadillados.
 - Aliviar presión utilizando almohadas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Z1-NSG-PO-1822 Revisión: A Página 1016 de 1152
--	--	---

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión. Hospital Nuestra Señora de gracia 2017.
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. [Internet] Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2012. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
- Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión. [Internet] Zaragoza: Sector III Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf
- Tratamiento de las úlceras por presión. Guía de referencia rápida. EPUAP-NPUAP [Internet] 2009. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf
- Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión. [Internet] Rioja Salud; 2009. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
<http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- Guía de productos para la prevención y tratamiento de heridas. Servicio Aragonés de Salud. Noviembre 2016.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS UPP

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Labari Sanz, Genoveva Moreno González, M ^a Jesús Ordovás Teresa, M ^a José	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS UPP	Z1-NSG-PO-1823 Revisión: A Página 1018 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

UPP	ULCERA POR PRESION
SEMP	SUPERFICIE ESPECIAL PARA EL MANEJO DE LA PRESION
AGHO	ACIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS
IV	INTRAVENOSA
SARM	ESTAFILOCOCO AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA
TLC	TECNOLOGÍA LÍPIDO-COLOIDE
GNEAUPP	GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO AVANZADO DE LAS ULCERAS POR PRESION
EEII	EXTREMIDADES INFERIORES

DEFINICIÓN

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

La GNEAUPP propone la clasificación en estadios según el grado de afectación de los tejidos:

- Estadio I: eritema que no palidece al desaparecer la presión, siempre en piel intacta.
- Estadio II: pérdida parcial de piel que afecta a epidermis, dermis o a ambas. Es una lesión superficial que tiene aspecto de abrasión o ampolla.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: destrucción extensa de tejidos, llegando a dañar músculo, hueso o estructura de soporte.
- Úlceras no estadiables de profundidad desconocida: cuando la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos y/o escara en el lecho de la herida. Hasta que no se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida (verdadera profundidad), no se puede determinar el estadio de la úlcera.

OBJETIVOS

- Restablecer la integridad de la piel del paciente.

ALCANCE

Pacientes ingresados que presentan úlceras por presión.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE
- Celador

MATERIAL

- Instrumental de curas: mango bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes
- Paños estériles
- Compresas estériles
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Hoja de bisturí del nº 15 y nº 21
- Suero fisiológico al 0,9%
- Jeringas
- Aguja IV
- Productos para la cura húmeda

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Preparar el carro de curas.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para curar la úlcera.
- Valorar la úlcera: localización, estadio, tamaño (longitud, amplitud y profundidad), descripción del aspecto, signos de infección o dolor.
- Valorar el dolor relacionado con las úlceras o su tratamiento así como la necesidad de aplicar analgesia, según prescripción facultativa.
- Normas básicas para todas las úlceras por presión:
 - Aplicar el procedimiento de prevención. [PO-1822](#)
 - Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
 - Colocación de guantes estériles. [PO-0904](#)
 - Utilizar equipo de curas estéril.
 - Limpiar la herida:
 - Suero fisiológico
 - Soluciones limpiadoras con betaína y polihexanida
 - No se utilizarán antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito).
 - Si el paciente presenta varias lesiones y una tiene signos de infección ésta se limpiará en último lugar.
 - Secar la herida sin arrastrar.
- Aplicar el tratamiento adecuado al estadio de la úlcera:
 - Estadio I:
 - Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (tres veces al día). No masajear las zonas enrojecidas ni sobre prominencias óseas.
 - Apósitos de espuma de poliuretano o hidrocoloides extrafino
 - Estadio II, III y IV:
 - *Realizar desbridamiento si presenta tejido no viable.*
 - Desbridamiento cortante:
 - Limpiar la herida.
 - Aplicar antiséptico de acción rápida y amplio espectro (Clorhexidina acuosa 0.5/1%) antes del procedimiento y esperar al menos 3 minutos para permitir su actuación.
 - Aplicar medidas para controlar el dolor, generales o locales según prescripción facultativa.
 - Desbridar con bisturí y/o tijera estéril por planos, en diferentes sesiones, siempre comenzando por el área central, procurando llegar hasta uno de los bordes de la lesión.
 - Aplicar antiséptico para disminuir el riesgo de bacteriemias, esperando 3 minutos.
 - Limpiar la herida de restos de antiséptico con solución salina (agua bidestilada en caso de utilizar posteriormente productos con plata nanocrystalina en malla de liberación directa).

- Si aparece una pequeña hemorragia puede controlarse mediante compresión directa o apósitos hemostáticos. Si no cede será necesaria la sutura del vaso sangrante.
- Desbridamiento enzimático:
 - Limpieza de la herida.
 - Aplicar en capa fina enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa) sin que sobresalga de la parte a desbridar. En caso de escaras muy duras mejorará su acción el hacer unas incisiones en el centro de la costra, permitiendo que la pomada entre en contacto con el tejido necrótico del interior.
 - Añadir productos para mantener la humedad, ya que de esta forma aumenta la actividad enzimática (suero fisiológico o hidrogel, siendo este último de elección) si precisa.
 - Proteger la piel perilesional con productos barrera.
 - No puede asociarse con otros preparados enzimáticos, apósitos sintéticos hidrocoloides, alcohol, ni a metales pesados (mercurio, cromo, yodo, jabones, sales de plata etc).
- Desbridamiento autolítico:
 - Limpieza de la herida.
 - Aplicar productos de cura húmeda. [ANEXO 1823-I](#)
- Desbridamiento quirúrgico. Se realiza en una sola sesión, en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia.
- *Manejo de la infección*
 - Si sólo aparecen signos de infección local:
 - Limpieza + Recogida de muestra con hisopo (para descartar multirresistentes) + Desbridamiento si precisa + Apósito de plata.
 - Si evolución favorable tras 2/4 semanas: Limpieza + cura según exudado.
 - Si evolución desfavorable tras 2/4 semanas: Limpieza + Recogida de muestra para cultivo mediante aspiración percutánea + Desbridamiento si precisa + Apósito de plata.
 - Si aparecen signos de infección sistémica:
 - Limpieza + Recoger muestra para cultivo mediante aspiración percutánea + Desbridamiento si precisa + Apósito de plata + Antibiótico sistémico (prescripción facultativa).
- *Manejo del exudado*
 - Ante ausencia de exudado o exudado escaso: Hidrogel + Apósito hidrocelular.
 - Ante exudado moderado o abundante: Fibras de hidrocoloide/Alginato de calcio + Apósito hidrocelular.
- *Manejo de los bordes y piel perilesional*
 - Si la piel está íntegra se aconseja mantenerla limpia:
 - Lavar con un jabón neutro y agua tibia.
 - Secar de forma suave.
 - Hidratar con cremas hidronutritivas, aceites, AGHO.

- Para prevenir maceración de la piel por el contacto con el exudado, aplicar protectores barrera.
- No utilizar antisépticos en los bordes ni en la piel perilesional.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural y biológica del cuerpo" y no debe ser eliminada.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión. Hospital Nuestra Señora de gracia 2017.
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. [Internet] Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2012. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
- Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión. [Internet] Zaragoza: Sector III Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf
- Tratamiento de las úlceras por presión. Guía de referencia rápida. EPUAP-NPUAP [Internet] 2009. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf
- Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión. [Internet] Rioja Salud; 2009. [Acceso junio 2018]. Disponible en:
<http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- Guía de productos para la prevención y tratamiento de heridas. Servicio Aragonés de Salud. Noviembre 2016.

ANEXO 1823-I

PRODUCTOS PARA LA CURA HÚMEDA

Los nombres comerciales vigentes de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión se pueden consultar en la Guía de Productos elaborada por el Salud (Protocolo: Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Anexo 3).

Ácidos grasos hiperoxigenados

- Composición: Ácidos grasos hiperoxigenados con alta concentración de ácido linoleico.
- Propiedades:
 - Restauran el film hidrolipídico de la piel, evitando la deshidratación.
 - Aumentan la circulación evitando la isquemia.
 - Facilitan la renovación celular de la epidermis.
- Indicaciones:
 - Prevención y tratamiento de UPP estadio I.
 - Mepentol®: tratamiento de UPP estadio II (según evidencia científica).
- Aplicación: 2-3 veces al día extendiendo suavemente en la zona de riesgo (no masajear).

Apósitos barrera

- Composición: Solución líquida de polímeros.
- Propiedades:
 - Protegen la piel de irritantes externos con una película transpirable protectora.
 - Favorecen la adhesión de apósitos.
- Indicaciones:
 - Prevención de la dermatitis por incontinencia.
 - Protección de la piel periulceral con riesgo de erosión o maceración.
- Aplicación:
 - Se puede aplicar en piel intacta o lesionada.
 - Esperar 30 segundos a que se seque antes de colocar el pañal o apósito.

Apósitos hidrocoloides

- Composición: Carboximetilcelulosa en el interior y poliuretano en el exterior.
- Propiedades:
 - Aportan humedad a la herida.
 - Protegen de la fricción.
- Indicaciones: Zonas de fricción, no de presión y en UPP grado I.
- Aplicación:
 - Seleccionar el tamaño del apósito adecuado.
 - Preparar y limpiar la piel periulceral secando cualquier exceso de humedad.
 - Aplicar producto barrera en spray.
 - Antes de su aplicación se recomienda calentarlo entre las manos para aumentar su adhesividad y flexibilidad.
 - Contraindicado en heridas infectadas.

Apósitos hidrocelulares

- Composición: Poliuretano. Capa interior absorbente y exterior hidrofóbica.
- Propiedades:
 - Semipermeables: Impermeables a líquidos y permeables a gases.
 - Mantienen ambiente húmedo y Tª en el lecho de la herida.
 - Elevada capacidad de absorción.
 - Protegen de la fricción y reducen la presión.
 - Forma especial para sacro y talones.
- Indicaciones:
 - Prevención de UPP ya que protegen de la fricción y reducen la presión.
 - Como apósito primario en heridas con tejido de granulación y/o epitelización con exudado moderado.
 - Como apósito secundario.
- Aplicación:
 - Seleccionar el tamaño del apósito adecuado.
 - Preparar y limpiar la piel perilesional secando cualquier exceso de humedad.
 - Proteger la piel perilesional con productos barrera en spray.

Alginato de calcio

- Composición: Alginato de calcio y un 15 % de carboximetilcelulosa.
- Propiedades:
 - Absorción del exudado.
 - Bioabsorbibles. Se transforman en gel a medida que van absorbiendo exudado.
 - No son adherentes ni oclusivos.
 - Tienen efecto hemostático.
- Indicación: Fase exudativa de la úlcera.
- Aplicación: Introducir en el lecho de la herida evitando el contacto con los bordes y piel perilesional.

Hidrofibra de hidrocoloide

- Composición: Carboximetilcelulosa sódica.
- Propiedades:
 - Absorción del exudado.
 - Bioabsorbibles. Se transforman en gel a medida que van absorbiendo exudado.
 - Absorción vertical, controlando o limitando la expansión lateral de fluidos y evitando o minimizando así el riesgo de maceración de la piel perilesional.
 - No son adherentes ni oclusivos.
- Indicación: Fase exudativa de la úlcera.
- Aplicación: Introducir en el lecho de la herida evitando el contacto con los bordes y piel perilesional.

Hidrogel

- Composición: Agua (80%) y sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos.
- Propiedades:
 - Ayuda a mantener un grado óptimo de humedad en el lecho de la lesión (mecanismos de autólisis naturales favoreciendo el desbridamiento y la limpieza de la herida).
 - Puede combinarse con otros productos (Colagenasa).
- Indicaciones:
 - Lesiones con necrosis secas para desencadenar la autólisis natural favorecida por el aumento de humedad.
 - Lesiones con esfacelos o fibrina sin exudado ya que favorece la fagocitosis, es decir, la limpieza de la herida.
 - Lesiones con tejido de granulación sin exudado.
- Aplicación:
 - Cubrir la superficie de la herida con una fina capa de 4 a 5 mm de espesor.
 - No aplicar sobre la piel sana.

Desbridantes enzimáticos

- Composición: Una o varias enzimas proteolíticas (colagenasa, fibrinolisisina, estreptoquinasa).
- Propiedades:
 - Actúan junto con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.
 - La humedad aumenta su actividad enzimática.
- Indicaciones:
 - Desbridamiento enzimático.
- Aplicación:
 - Aplicar una capa de aproximadamente 2 mm de espesor directamente sobre la zona a tratar.
 - Humedecer con hidrogel o suero fisiológico.
 - En caso de escaras los cortes con un bisturí facilitará su acción (el colágeno desvitalizado está por debajo).
 - Proteger la piel perilesional con productos barrera en spray.
 - Es incompatible con antisépticos y plata.

Plata

- Composición: Sales de plata.
- Propiedades:
 - Actúa como agente tópico antibacteriano. Gran espectro, incluido SARM.
 - No son tóxicos a nivel tisular.
 - Indicaciones: Tratamiento tópico de la infección.
 - Es incompatible con antisépticos y colagenasa.

- Presentaciones:
 - Apósito absorbente de plata y fibras hidrocoloides:
 - Indicado en heridas exudativas con signos de infección.
 - Favorece el desbridamiento autolítico.
 - Precisa sujeción.
 - Apósito de plata en malla:
 - Indicado en heridas exudativas con signos de infección.
 - Malla antimicrobiana con plata metálica nanocrystalina.
 - Humedecer con agua destilada (no suero fisiológico).
 - No recortar.
 - Precisa sujeción.
 - Apósito de plata y carbón activado:
 - Indicado en heridas con signos de infección y exudado maloliente.
 - Absorbe el mal olor (carbón activado).
 - No recortar.
 - Precisa sujeción.
 - Apósito de plata en pasta:
 - Indicado en heridas con signos de infección, especialmente en cavidades y tunelizadas.
 - Agitar antes de usar.
 - Apósito de plata, espuma de poliuretano y silicona:
 - Indicado en heridas superficiales con signos de infección y piel perilesional frágil.
 - Retirada atraumática (base de silicona).
 - No utilizar en heridas cavitadas.
 - Precisa sujeción.

Cadexomero iodado

- Composición: Cadexomero iodado.
- Propiedades:
 - Absorbe exudado de manera controlada, favoreciendo la generación de un ambiente húmedo en la lesión que favorece el proceso de cicatrización.
 - Limpia la lesión de tejido esfacelado y/o necrótico, realizando un desbridamiento efectivo de la misma.
 - Absorbe exudado y tejido desvitalizado.
 - Ayuda a eliminar el olor
 - Amplio espectro antibacteriano.
 - Liberación sostenida en el tiempo del yodo.
 - Mantiene concentraciones bactericidas en la superficie de la herida.
 - Necesita apósito secundario.
- Indicaciones:
 - Heridas con signos de infección y tejido necrótico húmedo.
 - No usar en tejido necrótico seco.
- Aplicación:
 - Limpiar la lesión y el área de alrededor con agua o solución salina. No secar la superficie de la lesión.
 - Retirar la gasa protectora de ambos lados de la pasta.
 - Cortar o moldear según la forma de la lesión.
 - Tapar la lesión completamente con un apósito secundario apropiado.
 - Proteger la piel perilesional con producto barrera en spray.

- Debe cambiarse cuando esté saturado con el exudado procedente de la lesión y haya liberado todo el yodo. Esto se indica mediante la pérdida de color, normalmente de dos a tres veces a la semana. Si la lesión exuda mucho pudiera ser necesario realizar cambios diarios. Si fuera necesario, humedecer el apósito durante unos minutos y luego retirarlo.
- No superar la dosis de 5 apósitos por aplicación y/o 15 apósitos por semana.
- La duración del tratamiento no debe superar los 3 meses.
- Está contraindicado en embarazadas, niños, hipersensibilidad al yodo, alteraciones tiroideas, insuficiencia renal y pacientes en tratamiento con litio.

Poliacrilato

- Composición: Fibras de poliacrilato.
- Propiedades:
 - Desbridamiento de tejido necrótico húmedo y fibrina.
 - Absorbe exudado.
 - Retirada atraumática.
- Indicaciones:
 - Desbridamiento en heridas exudativas (exudado moderado y abundante).
 - Uso tanto en heridas superficiales como cavitadas.
- Aplicación:
 - Retirar la película protectora utilizando las pestañas.
 - Aplicar en la herida por la parte microadherente.
 - Se puede cortar con tijeras estériles para, en caso necesario, ajustar el tamaño del apósito a la herida.
 - En caso necesario, cubrir con un apósito secundario adecuado para la ubicación de la herida y su nivel de exudado.
 - Debe cambiarse cada 1 a 2 días durante la fase de desbridamiento de la herida. Posteriormente, tan a menudo como sea necesario (hasta 7 días) según el nivel de exudado y el estado clínico de la herida.

Moduladores de las metaloproteasas

- Composición: Matriz absorbente producto de la Tecnología Lípido-Coloide TLC (innovación exclusiva patentada por los Laboratorios URGO) y tejido de poliuretano elástico.
- Propiedades: Acelera la granulación y la cicatrización.
- Indicaciones: Tratamiento de heridas exudativas crónicas en fase de granulación.
- Aplicación:
 - Retirar las aletas de protección.
 - Aplicar el apósito sobre la herida.
 - Se puede cortar con tijeras estériles para, en caso necesario, ajustar el tamaño del apósito a la herida.
 - Cubrir con un apósito secundario adaptado al nivel de exudado.
 - Debe cambiarse cada 2 a 4 días, y puede estar colocado hasta 7 días dependiendo del nivel de exudado y de la herida.
 - Está contraindicado en heridas infectadas, heridas tumorales, heridas fistulosas con abscesos profundos.

Soluciones limpiadoras

- Composición: Agua Purificada, Undecilenamidopropil betaína, Polihexanida.
- Propiedades:
 - Limpieza y descontaminación de la superficie tisular incluso en superficies de difícil acceso como cavidades, grietas o heridas profundas.
 - Rompe el biofilm.
 - Control del olor
- Indicaciones: Lavado, descontaminación e hidratación de heridas.
- Aplicación:
 - Solución: Fomentos (impregnar gasas dejándolas en la herida 10/15 minutos). Debe utilizarse sin diluir.
 - Gel: Aplicar directamente en el lecho de la herida. No tiempo de espera.

Apósitos bioactivos

- Composición: Colágeno.
- Propiedades: Estimula la formación de tejido de granulación y la epitelización de la lesión, acelerando el proceso de cicatrización.
- Indicaciones: Tratamiento de heridas de cualquier etiología en fase de granulación.
- Aplicación:
 - Presentación en polvo.
 - Aplicar capa fina y uniforme.
 - En lesiones poco exudativas, mezclar con hidrogel.
 - Aplicar cada 24-72 horas.

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2016	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Labari Sanz, Genoveva Moreno González, M ^a Jesús Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADO DE ENFERMERÍA EN TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA	Z1-NSG-PO-1824 Revisión: A Página 1031 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

VAC	VACUUM ASSISTED CLOSURE ; CICATRIZACIÓN ASISTIDA POR VACÍO
-----	--

DEFINICIÓN

El sistema de terapia de presión negativa promueve la curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa, de manera que el uso de niveles controlados de presión subatmosférica y succión controlada acelera la resolución de las mismas favoreciendo la vascularización.

OBJETIVOS

- Curación de la herida mediante la regulación de la cicatrización bajo la influencia de una presión negativa continua o intermitente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente con pauta de cuidados de heridas susceptibles de administrar terapia de presión negativa.

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material de campo y equipo de cura estéril
- Equipo de Cicatrización Asistida por Vacío
- Material completo del sistema (esponjas de varios tamaños, láminas selladoras, contenedor de drenado, tubo de aspiración y puerto)
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Suero fisiológico y antiséptico
- Solución protectora de la piel
- Batea

EJECUCIÓN

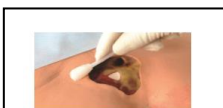
- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Realizar una cura estéril para colocación y mantenimiento del Equipo de Cicatrización Asistida por Vacío.
- Organizar los materiales: los apósitos están en paquetes estériles; se considera un procedimiento estéril.



- Aplicación de la terapia.



- Retirada del apósito anterior: proceder a una cura limpia; lavar herida con suero fisiológico y desbridar. Observar que la herida no presenta tejido necrótico o esfacelado. Limpiar la herida.



- Proteger piel perilesional.



- Cortar la esponja al tamaño y forma de la herida, incluyendo los túneles si hubiera.



- Colocar suavemente la esponja sobre la cavidad de la herida, cubriendo toda la base y los lados de la herida, y túneles si hubiera.



- Cortar, si procede, y aplicar la película adhesiva cubriendo la esponja y de 3 a 4 centímetros de piel alrededor de la herida.
- Sellar las capas de la película adhesiva según numeración, está marcado en su envoltorio.
- No estirar la cobertura y no comprimir sobre la esponja. La esponja debe cubrir completamente la herida, sin tocar la piel intacta.



- Retirar las tiras adhesivas de colores según indicación a lo largo de las perforaciones del apósito.



- Al aplicar el tubo con apósito incorporado de sello, hacer antes un orificio en la parte donde va a ser insertado, traspasando el film y la esponja.
- Pegar el tubo, retirar su capa protectora, y asegurar un sello hermético.



- Retirar el marco exterior del film transparente.
- Fijar el drenaje correctamente.
- Asegurarse de que el disco de aireación (pequeño filtro), no se encuentre tapado.



- Conectar el tubo del vendaje con el tubo recolector, asegurándose que las pinzas están abiertas.



- Unir el conector del extremo del drenaje con el conector que proviene del dispositivo.



- Encender la unidad de terapia: Modo de Terapia Continua o Intermitente. Y seguir las instrucciones de la pantalla. (Alarmas, ajustes de presión).

- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- **Indicaciones:**
 - Heridas crónicas (úlceras por presión, diabéticas)
 - Heridas subagudas (dehiscencia quirúrgica y heridas abdominales)
 - Heridas agudas (traumáticas, quemaduras, colgajos e injertos)
- **Contraindicaciones:**
 - Malignidad en la herida a centímetros de piel alrededor de la herida
 - Osteomielitis no tratada
 - Fístulas no entéricas o sin explorar
 - Tejido necrótico con escaras
 - No utilizar sobre órganos o vasos sanguíneos expuestos.
- Deberán tomarse precauciones especiales en pacientes con hemorragia activa, hemostasis difícil de la herida o en tratamiento con anticoagulantes.
- Si la herida está cerca de vasos sanguíneos u órganos, deberá asegurarse de que éstos estén adecuadamente protegidos por una capa de fascia, tejido u otras barreras protectoras.
- Prestar atención en caso de vasos sanguíneos u órganos debilitados, irradiados o suturados.
- Las heridas con fístulas entéricas requieren precauciones especiales con el fin de optimizar la terapia.
- Comprobar si existe alguna patología que contraindique la utilización del VAC.
- Comprobar el tipo de aspiración que se quiera realizar, continua o intermitente.
- Elegir el mejor apósito gasa o espuma de poliuretano.
- El manejo de la herida debe realizarse en condiciones de esterilidad.
- No comprimir la espuma. Se recomienda cortar la espuma 1 mm más pequeño que el tamaño de la herida, para favorecer el efecto de macrotensión.
- La espuma ha de quedar a ras de piel. La lámina adhesiva debe quedar 3/5 cm del borde de la herida.
- Anotar el número de piezas usadas en la historia del paciente y en la lámina selladora VAC.
- Debe evitarse el contacto entre la espuma y la piel adyacente para no lesionarla.
- El primer cambio de cura se realizará a las 48h. como máximo. Los siguientes se harán 2 veces a la semana, salvo que por las características de la herida sea preciso mayor frecuencia. El recipiente, cuando esté lleno o como mínimo una vez a la semana.
- Inspeccionar el apósito con frecuencia para comprobar que se colapsa y que la presión negativa es constante.
- Vigilar el tejido circundante y el exudado por si hay signos de infección u otras complicaciones.
- No dejar el apósito VAC in situ más de 2 horas sin aspiración. En caso de tener que quitar la aspiración, se retirará la esponja o gasa y se hará una cura convencional.

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADO DE ENFERMERÍA EN TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA	Z1-NSG-PO-1824 Revisión: A Página 1035 de 1152
---	--	--

- No utilizar si se realiza RNM:
 - Podría causar lesiones al paciente o equipo.
 - Retirar si el paciente lleva apósito de plata.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar en la Hoja de Seguimiento y Evolución de las UPP.
- Registrar cualquier observación sobre el contenido drenado, así como cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión. Hospital Nuestra Señora de gracia 2017.
- Manual de instrucciones del equipo de terapia. Curación de heridas. Terapia de Presión Negativa. Smith-Nephew®. [Internet] [Acceso agosto 2018]. Disponible en: <http://www.smith-nephew.com/espana/productos/curacion-de-heridas/terapia-de-presion-negativa/>
- Terapia V.A.C. Una fuente de referencia para profesionales sanitarios. Directrices clínicas. [Internet] [Acceso agosto 2016]. Disponible en: https://www.kci-medical.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadname1=Content-type&blobheadname2=Content-disposition&blobheadname3=MDT-Type&blobheadvalue1=application%2Fpdf&blobheadvalue2=inline%3B+filename%3D214%252F681%252F2-B-128-EMEA-ESa_VAC%2BClinical%2BGuidelines%2B-%2BES.pdf&blobheadvalue3=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1226704252774&ssbinary=true

DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR CON PUNCIÓN PERCUTÁNEA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Pérez Milla, Ma Ángeles López López, Ma Carmen	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR CON PUNCIÓN PERCUTÁNEA	Z1-NSG-PO-1825 Revisión: A Página 1037 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

	SECTOR ZARAGOZA I DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR CON PUNCIÓN PERCUTÁNEA	Z1-NSG-PO-1825 Revisión: A Página 1038 de 1152
---	--	--

DEFINICIÓN

Obtención de una pequeña muestra de sangre capilar para la determinación del nivel de glucosa mediante tiras reactivas y glucómetro.

OBJETIVOS

- Conocer el nivel de glucosa en sangre capilar.

ALCANCE

Pacientes que precisen control de glucemia.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Batea
- Algodón
- Guantes no estériles
- Glucómetro
- Tiras reactivas
- Material de punción (lancetas)
- Contenedor de objetos punzantes

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Encender y comprobar el correcto calibrado del glucómetro.
- Insertar la tira reactiva en el glucómetro (se encenderá de forma automática).
- Seleccionar la zona de punción (zona lateral de la yema de los dedos o lóbulo de la oreja).
- Limpiar la zona seleccionada con un algodón seco.
- Pinchar la zona elegida con la lanceta y/o dispositivo de punción.
- Descartar la 1ª gota de sangre obtenida (contiene gran proporción de líquido seroso que puede diluir la muestra y falsear los resultados).
- Comprimir el pulpejo del dedo y depositar la muestra sobre el área reactiva de la tira medidora.
- Presionar zona de punción durante unos minutos para evitar sangrados.
- Los resultados aparecerán tras unos segundos en la pantalla del glucómetro.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

	SECTOR ZARAGOZA I DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR CON PUNCIÓN PERCUTÁNEA	Z1-NSG-PO-1825 Revisión: A Página 1039 de 1152
---	--	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobación previa del funcionamiento del glucómetro.
- No aplicaremos antisépticos en la zona de punción.
- No obtener la muestra del dedo pulgar/índice (por la hipoestesia) ni de zonas frías o edematosas.
- La muestra se depositará en la tira reactiva por capilaridad (no deberemos apoyar la yema del dedo para tomarla).

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.
- Guardar tiras reactivas en lugar seco y protegidas de la luz.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. [Internet] Córdoba: Servicio Andaluz de Salud [Acceso enero 2019]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/puncioncapilar.pdf
- Estebán-de la Torre A, Portero-Fraile M. Técnicas de enfermería. 3ª Ed. Ed. Rol S.A., Barcelona 1993.
- Beare P, Myers J. Principios y práctica de la Enfermería Médico quirúrgica. 2ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1995.
- Rodergas I, Pages J. Cuidados de enfermería al paciente diabético. Madrid: FUDEN; 2009.

TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS VASCULARES

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Pérez González, M ^a Carmen Pérez Milla, M ^a Ángeles Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS VASCULARES	Z1-NSG-PO-1826 Revisión: A Página 1041 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ITB	INDICE TOBILLO BRAZO
mmHg	MILILITROS DE MERCURIO
cm	CENTÍMETROS
%	PORCENTAJE
PAS	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
MMSS	MIEMBROS SUPERIORES
MMII	MIEMBROS INFERIORES

DEFINICIÓN

El vendaje compresivo produce un apoyo hemodinámico y comodidad al paciente, favoreciendo la formación del tejido de granulación en las úlceras venosas.

Úlcera vascular es una lesión con el deterioro de la solución de continuidad con pérdida de sustancia, epitelio y/o conjuntivas producidas por un proceso patológico de origen vascular, tienen una evolución crónica y escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

OBJETIVOS

- Reducir el edema, evitando el éstasis y la hiperpresión venosa del miembro.
- Mejorar el retorno venoso.

ALCANCE

Población con necesidad de terapia compresiva en las úlceras venosas.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Vendas compresiva bicapa

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Tomar los pulsos distales.
- Calcular el ITB, cuando se vaya a iniciar la terapia compresiva y siempre que exista una modificación de la situación clínica del paciente.
 - Es el resultado de dividir la Presión Arterial Sistólica de cada miembro inferior entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de los miembros superiores.
 - En cada MI se escoge el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior.
 - En condiciones de normalidad la PAS no debe ser muy diferente entre los MMII y los MMSS.
 - El valor del ITB se debe obtener para cada miembro inferior (izquierdo y derecho).

PAS TIBIAL
ITB: -----
PAS HUMERAL

- Colocar al paciente en posición de Trendelenbourg, si la patología del paciente lo permite. [PO-0401](#)
- Todo el vendaje debe seguir un sentido ascendente adaptándolo a las características de la pierna. Se añadirá venda cuando sea preciso y se cortará el sobrante.
- Iniciar el vendaje en la base o raíz de los dedos, debiendo cubrir hasta el hueso poplíteo.
- Si el vendaje es hasta el pliegue inguinal, se finaliza con la primera venda hasta encima de la rodilla y se empalma con el siguiente vendaje sin aplicar compresión en la zona del empalme.
- Realizar las vueltas de la venda en forma circular.
 - Las vueltas circulares mantienen siempre la misma presión y es la manera más aconsejable de efectuar el vendaje.
 - Comprobar la tensión:
 - La marca del vendaje es un círculo completo
 - La capa superior tapa completamente el círculo de la capa inferior.
- Ejercer una presión óptima entre 35 y 40mmHg.
- La presión de la venda está en relación con el número de capas:
 - Con la venda del ancho estándar de 10 cm, dos capas de venda (5cm de venda libre) en cada vuelta producen una presión de 15mmHg aproximadamente.
 - Con el aumento sucesivo del número de capas, hasta un máximo de 5 capas de venda (2cm de venda libre en cada vuelta), producirán 40mmHg.
 - Siempre se deberá utilizar el mismo tipo de venda. La presión ideal es aquella que el paciente tolera sin perjuicio de su confortabilidad, el 70% de los pacientes comentan encontrarse mejor con presiones entre 30 a 40mmHg.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El vendaje compresivo no debe hacerse con el paciente sentado ni con la pierna en declive.
- En enfermos con insuficiencia cardiaca congestiva o pacientes muy obesos se respetará la postura más confortable para el paciente, evitando en lo posible ángulos en la zona femoral o a la altura de la ingle.
- Está contraindicado el tratamiento compresivo cuando exista una ausencia o disminución de pulsos.
- Antes de la colocación de una venda se tiene que comprobar el flujo arterial.
- Comprobar que no existan signos o síntomas de compromiso arterial.
- Instruir al paciente para que ante la sospecha isquémica se retire el vendaje y avisar al facultativo.
- Al inicio de la terapia compresiva puede ser conveniente iniciar el tratamiento con una menor compresión, e ir aumentando gradualmente hasta alcanzar la compresión optima:
 - Tapar la mitad del circulo.
 - Dejar el círculo un poco ovalado.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Úlceras vasculares: Compresión. Terapia compresiva en la úlcera venosa o estática. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
<https://www.ulceras.net/monografico/107/95/ulceras-vasculares-compresion.html>
- Úlceras vasculares: Clasificación. Clasificación etiológica de las úlceras de extremidades. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
<https://www.ulceras.net/monografico/101/88/ulceras-vasculares-clasificacion.html>
- Úlceras Vasculares: Prevención. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
<https://www.ulceras.net/monografico/105/93/ulceras-vasculares-prevencion.html>
- Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la asociación española de enfermería vascular (A.E.E.V.). Guía de práctica clínica. (1ª edición año 2004). [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
<https://www.ulceras.net/monografico/106/94/ulceras-vasculares-tratamiento.html>

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Labari Sanz, Genoveva Monterde Hernández, Beatriz	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA	Z1-NSG-PO-1827 Revisión: A Página 1046 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

MECV-V	METODO DE EXPLORACION CLINICA VOLUMEN VISCOSIDAD
ACV	ACIDENTE CEREBRO VASCULAR
ml	MILILITRO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para la detección y manejo terapéutico del paciente con disfagia orofaríngea.

OBJETIVOS

- Reconocer los factores de riesgo y los signos tempranos de la disfagia para iniciar las derivaciones correspondientes y profundizar en la valoración.
- Reducir el riesgo de broncoaspiración y mantener la nutrición y la hidratación, a través de unas prácticas seguras de alimentación oral.
- Promover la educación de la familia y cuidadores en el manejo de la disfagia orofaríngea.

ALCANCE

- Pacientes ingresados con sospecha de disfagia orofaríngea.
- Pacientes ingresados susceptibles de presentar un trastorno de la deglución:
 - Anciano frágil
 - Pacientes con enfermedades neurológicas o neurodegenerativas
 - Pacientes con malnutrición de causa no filiada
- Pacientes ingresados con disfagia orofaríngea confirmada al ingreso.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Material necesario para la alimentación oral. [PO-0201](#)
- Material necesario para realizar MECV-V. [ANEXO 1827-I](#)
- Documentación para la educación sanitaria del paciente y cuidador (cartel de cabecera de cama, tríptico, guías informativas). [PO-1401](#)

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Identificar cuidador o cuidadores principales.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Proporcionar información sobre la disfagia.
- Entregar tríptico a familia. [ANEXO 1401-II](#)
- Colocar cartel informativo en cabecera de la cama. [ANEXO 1827-II](#)
- Valoración de disfagia orofaríngea (MECV-V). [ANEXO 1827-I](#)
- Recomendar la viscosidad y el volumen de bolo alimenticio que sea tolerado por el paciente para conseguir una deglución sin problemas de eficacia y sin alteración en la seguridad:

- Tipos de dietas en el Hospital Nuestra Señora de Gracia:
 - Dieta ACV disfagia [ANEXO 1827-V](#)
 - Dieta fácil masticación disfagia a líquidos [ANEXO 1827-IV](#)
- Hidratación:
 - Agua gelificada
 - Líquidos espesados según la viscosidad tolerada [ANEXO 1827-III](#)
- Manejo terapéutico antes de la alimentación:
 - Proporcionar un ambiente tranquilo, relajado y sin distracciones.
 - Comprobar que el paciente se encuentra alerta y receptivo.
 - Colocar al paciente en una postura erguida sentado a 90º con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla.
- Manejo terapéutico durante la alimentación:
 - Presentar en el plato cantidades pequeñas.
 - Utilizar cuchara de postre.
 - Dar de comer despacio, hasta que no haya tragado una cucharada no ofrecer la siguiente.
 - No forzar la ingesta.
- Manejo terapéutico después de la alimentación:
 - Mantener postura erguida hasta 30 minutos tras la ingesta.
 - Revisar boca y faringe por si han quedado residuos.
 - Higiene bucodental [PO-0801](#)
- Enseñar al paciente, familia y cuidadores los cuidados básicos.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar el uso de pajitas y jeringas para la hidratación y la alimentación.
- Evitar alimentos con texturas difíciles o de riesgo. [ANEXO 1827-IV](#)
- Evitar movilizar al paciente después de las ingestas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimiento de exploración para la detección de la disfagia orofaríngea (MECV-V). Enfermería de valoración. Hospital Royo Villanova.
- Clavé-Civit P, García-Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
<http://docplayer.es/19445832-Guia-de-diagnostico-y-de-tratamiento-nutricional-y-rehabilitador-de-la-disfagia-orofaringea-editores-dr-pere-clave-civit-dra-pilar-garcia-peris.html>
- Guía de nutrición para personas con disfagia orofaríngea. IMSERSO. [Internet] [Acceso mayo 2018]. Disponible en:
http://www.imsero.es/interpresent3/groups/imsero/documents/binario/4020170_02_guia_nutricion_perso.pdf
- Grupo de trabajo en nutrición y disfagia orofaríngea. Hospital Nuestra Señora de Gracia.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA	Z1-NSG-PO-1827 Revisión: A Página 1050 de 1152
---	---	--

ANEXO 1827-I

MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Material necesario:

- Agua a temperatura ambiente
- Resource Espesante Clear® sabor neutro
- Jeringa de alimentación de 50 ml
- 3 vasos
- Pulsioxímetro
- Hojas de registro
- Guantes
- Empapador

Preparación:

- Explicar la prueba al paciente y obtener su consentimiento. El paciente debe poder aportar un mínimo de colaboración, es decir, ser capaz de obedecer órdenes sencillas.
- Preparar las viscosidades a utilizar:
 - Líquido: agua a temperatura ambiente.
 - Néctar: 100 ml de agua + 1 sobre o cacito de Resource Espesante Clear®
 - Pudding: 100 ml de agua + 3 sobres o cacitos de Resource Espesante Clear®.
- Colocar al paciente en máxima sedestación posible, si es necesario, ayudarnos de almohadas.
- Colocar empapador al paciente por posibles derrames del contenido administrado.
- Colocar pulsioxímetro y comprobar la saturación de oxígeno basal; si el paciente lleva oxigenoterapia, la retiraremos. La prueba se realizará con saturación de oxígeno por encima de 90% para garantizar la seguridad del paciente.
- Solicitar que diga su nombre, para comprobar tono de voz y tenerlo de referencia.
- Explorar cavidad bucal, alteraciones en paladar, lengua, dentición, higiene.
- Explorar movilidad lingual y labial, sensibilidad, presencia de reflejo nauseoso. La exploración nos da información que ayuda a interpretar el MECV-V tras su realización.

Secuencia de la exploración: (figura 1):

- Administración de las viscosidades en 3 series:
 - Serie primera: Viscosidad Néctar, administrar: 5, 10 y 20 ml.
 - Puede beberse en vaso, al caer forma un hilo fino.
 - Serie segunda: Viscosidad Líquido, administrar: 5, 10 y 20 ml.
 - Se puede beber o tomarse con cuchara, al caer forman gotas gordas, no mantiene su forma.
 - Serie tercera: Viscosidad Pudding, administrar: 5, 10 y 20 ml.
 - Sólo puede tomarse con cuchara, al caer mantiene su forma.
- Para minimizar el riesgo de aspiración, se comienza con la viscosidad néctar a volumen bajo y vamos incrementando. Si no surgen problemas, pasamos a viscosidad líquido de la misma manera. Ante cualquier signo de alteración de la seguridad, en cualquiera de las dos viscosidades anteriores, nos detenemos y pasamos a viscosidad pudding.

Resultado:

- MECV-V negativo: El paciente no presenta ningún signo de alteración de la seguridad ni de la eficacia para la deglución.
- MECV-V positivo:
 - Alteración de la seguridad (tos, disminución de saturación de oxígeno, cambios en la calidad de la voz)
 - Alteración de la eficacia (inadecuado sello labial, residuo orofaríngeo, deglución fraccionada)

ANEXO 1827-II

CARTEL CABECERA DE CAMA: DISFAGIA

DISFAGIA

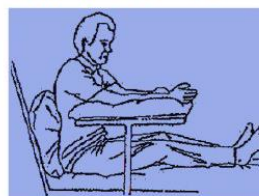
PELIGRO DE
ATRAGANTAMIENTO



DAR AGUA Y LÍQUIDOS
SIEMPRE CON
ESPESANTE



DAR DE COMER SENTADO O
INCORPORADO
A 90º SIEMPRE

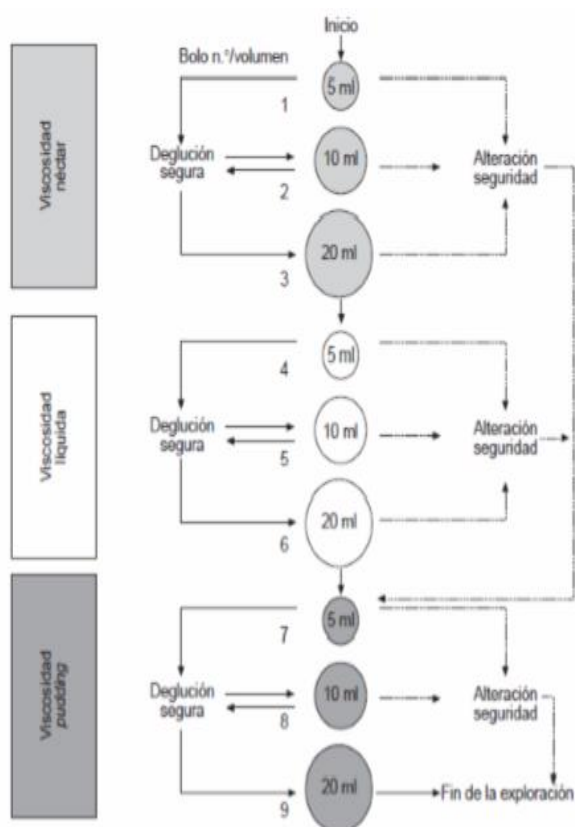


PROHIBIDO UTILIZAR
PAJITAS



ANEXO 1827-III

VISCOSIDAD DE LÍQUIDOS



COMO ESPESAR LIQUIDOS A TEXTURA MIEL

PASOS A SEGUIR:

1º Añadir DOS sobres de espesante al vaso



2º Añadir el líquido hasta la 4ª línea empezando por arriba



Importante: Hasta la 4ª línea empezando por arriba

GRUPO DE TRABAJO EN NUTRICIÓN Y DISFAGIA HN5G

COMO ESPESAR LIQUIDOS A TEXTURA PUDDING

PASOS A SEGUIR:

1º Añadir TRES sobres de espesante al vaso



2º Añadir el líquido hasta la 4ª línea empezando por arriba



Importante: Hasta la 4ª línea empezando por arriba

GRUPO DE TRABAJO EN NUTRICIÓN Y DISFAGIA HN5G

ANEXO 1827-IV

ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO	
Dobles texturas	mezclas de líquido y sólido: sopas con pasta, verduras, carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos
Alimentos pegajosos	bollería, chocolate , miel, caramelos masticables, plátano, pan
Alimentos resbaladizos que se dispersan por la boca	guisantes, arroz; legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pasta
Alimentos que desprenden agua al morderse	melón, sandía, naranja, pera de agua
Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca	helados o gelatinas de baja estabilidad
Alimentos fibrosos	piña , lechuga, apio, espárragos
Alimentos con	pieles grumos, huesecitos, tendones y cartílagos, pescados con espinas
Alimentos con pieles o semillas	las frutas y vegetales que incluyen piel y/o semillas (mandarina, uvas, tomate, guisante, soja)
Alimentos crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca	tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan
Alimentos duros y secos	pan de cereales; frutos secos

ANEXO 1827-V

DIETA ACV DISFAGIA

Exenta de líquidos
Hidratación con agua gelificada
Textura triturada homogénea = Dieta "de cuchara"

DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA
Papilla 8 cereales Puré de fruta envasado Agua gelificada	Triturada de judías verdes, arroz y pollo Triturado de compota de pera Agua gelificada	Papilla Multifrutas Agua gelificada	Triturado de calabacín, zanahoria y huevo Yogurt Agua gelificada

DIETA FACIL MASTICACION DISFAGIA A LIQUIDOS

Exenta de líquidos
Exenta de dobles texturas
Exenta de alimentos de riesgo
Hidratación agua gelificada

DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA
Papilla 8 cereales Puré de fruta envasado Agua gelificada	1º Fácil Masticación adaptado 2º Fácil Masticación adaptado Puré de fruta envasado Agua gelificada	Papilla Multifrutas Agua gelificada	1º Fácil Masticación adaptado 2º Fácil Masticación adaptado Puré de fruta envasado Agua gelificada

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López, Ma Carmen Pérez Milla, Ma Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO	Z1-NSG-PO-1828 Revisión: A Página 1057 de 1152
--	---	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TAO	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
INR	INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO	Z1-NSG-PO-1828 Revisión: A Página 1058 de 1152
--	---	--

DEFINICIÓN

Obtención de una muestra sanguínea a través de punción percutánea (menor a 10µl) o venosa.

OBJETIVOS

- Determinar el valor de INR en sangre tras la obtención de una muestra para la monitorización del tratamiento.

ALCANCE

Población con pauta de tratamiento anticoagulante oral.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- **Muestra capilar:**
 - Coagulómetro (Coaguchek PT)
 - Tiras reactivas
 - Lancetas
 - Gasas (nunca algodón)
 - Contenedor
 - Guantes no estériles
- **Muestra venosa:**
 - Guantes no estériles
 - Vacutainer® con campana
 - Compresor
 - Algodón
 - Esparadrapo
 - Solución antiséptica (clorhexidina al 2%)
 - Tubo de coagulación
 - Contenedor
 - Última pauta de anticoagulante para envío a hematología

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO	Z1-NSG-PO-1828 Revisión: A Página 1059 de 1152
---	---	--

Configuración del Coagulómetro (SOLO para primer uso):

- Encender y configurar desde SETUP:
 - Instalar batería
 - Cargar batería
- Configurar:
 - Idioma
 - Fecha/hora (formato: DD/MM/AAAA, 24H)
 - Unidad de medición (INR, INR/SEG, INR%Q)

Muestra capilar:

- Calentar las manos del paciente.
- Permitir que la mano cuelgue del cuerpo antes de pinchar el dedo, por debajo del esternón.
- Encender el coagulómetro.
- Pulsar test paciente.
- Introducir la tira siguiendo la dirección de las flechas con la parte impresa hacia arriba.
- Comprobar que el clip del coagulómetro coincide con la numeración de las tiras que vamos a utilizar.
- Pinchar la parte inferior de la yema del dedo con la lanceta.
- Desechar la 1ª gota para evitar contaminación.
- Depositar la 2ª gota sobre la tira reactiva (el coagulómetro emitirá una señal acústica indicando que la muestra es suficiente).
- Mantener presión en la zona de punción 2-3 minutos.
- Anotar resultados.
- Remitir a hematología la petición correctamente cumplimentada con la última pauta de tratamiento del paciente y la cifra de INR obtenida, siempre que el paciente esté hospitalizado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Muestra venosa:

- Punción venosa. [PO-1608](#)
- Presionar la zona de punción durante 10 minutos para evitar sangrados.
- Remitir a hematología la muestra correctamente identificada con la petición cumplimentada. Será obligatorio el envío de la última pauta de tratamiento, siempre que el paciente esté hospitalizado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO	Z1-NSG-PO-1828 Revisión: A Página 1060 de 1152
--	---	--

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Aunque no es necesario el ayuno para la extracción, deberá realizarse en el turno de mañana.
- No emplearemos ninguna solución antiséptica para la zona de punción (agua y jabón si fuera preciso).
- Si el resultado no es válido o la muestra es insuficiente (ERROR), se debe de repetir TODO el proceso realizando un nuevo pinchazo en otro dedo.
- Coaguchek PT permite almacenar 2000 resultados de pacientes y 500 test control.
- Entrega del tríptico informativo: Anticoagulantes clásicos: Antivitamina-k
[ANEXO PO-1828-I](#)

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.
- Deberá ser transportado en su funda y evitando, en la medida de lo posible los cambios bruscos de temperatura (es termosensible).
- Pasar el test de evaluación según las indicaciones del fabricante.

REGISTRO

- Anotar y registrar la cifra de INR en el registro de enfermería correspondiente en cada unidad (fecha, hora y firma del personal).
- Registrar cualquier incidencia/observación sobre el proceso, así como cualquier complicación.
- Los cambios en la medicación/alimentación deberán ser transmitidos al servicio de hematología junto con la última pauta de tratamiento del paciente.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTROL DEL TAO	Z1-NSG-PO-1828 Revisión: A Página 1061 de 1152
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Franco García, ME. 15035. El papel de enfermería en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. FOCUSS. Nov 2018.
- López-López M C, Franco-García M E, Pérez-Layo M A, Arbiol-Latorre R M, Esteban-Huche, C, Abad-Olmos A- L, López-Coronado-Pérez L L, López-Gómez L A. Tríptico anticoagulantes clásicos: Antivitamina-k. Hospital Ntra. Sra de Gracia. Zaragoza. Zaragoza.
- Compromisos para la gestión del paciente anticoagulado. Bayer. [Internet] [Acceso febrero 2018]. Disponible en:
<https://www.anticoagulacion-oral.es/es/>
- Navarrete-Pérez S, Paneque-Molina P, Infantes-Viano R, Alcántar-Alcalde MV. Protocolo extracción capilar. Hospital universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud 2009.
- Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008; 8:40. [Internet] [Acceso febrero 2018]. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/40>
- Yurss-Arruga I, Orue-Lecue MT. Aspectos prácticos sobre la anticoagulación oral. Boletín de información farmacéutica de Navarra. Marzo 2000 (Vol. 8, Núm. 1).

ANEXO 1828-I

ANTICOAGULANTES CLÁSICOS: ANTIVITAMINA-K I

¿Sabía que...?

Estudios nacionales/internacionales, sitúan el grado de incumplimiento farmacológico entre 30-70% en pacientes con tratamientos crónicos.

En España se estima que uno de cada tres pacientes, no retira de las farmacias los medicamentos que se les recetan de forma adecuada.



Existen asociaciones para pacientes anticoagulados (en Aragón ASANAR) donde podrán apoyarle para el adecuado seguimiento de su tratamiento.

<http://www.asanar.es/>



Aconsejamos utilizar pulseras identificativas con código QR u otra identificación donde figure el anticoagulante que toma.

Comunique SIEMPRE que toma anticoagulantes orales, indicando el nombre del fármaco.

Lleve consigo su última pauta.

*La dosis de su anticoagulante debe tomarse una sola vez al día, **SIEMPRE** a la misma hora, preferiblemente en la merienda. En caso de olvido, tomarla lo antes posible.

*Si no está seguro de haber tomado su dosis, no la tome 2 veces. Anote la duda.

R *No se automedique.

E *Advierta siempre al médico/enfermera que está tomando un anticoagulante oral.

C *Ante cualquier duda, consulte al médico.

U *Deberá llevar la medicación que toma (aporte la receta electrónica actualizada y copia de la última pauta del control de INR) así como algún informe médico que justifique la anticoagulación.

D * No permanezca mucho tiempo sentado cuando viaja; levántese cada 2h y si puede pasee.

E * Hidrátese bien y consulte a su médico si planea excursiones en las que vaya a estar a más de 2000 metros de altitud, en exposición directa al sol y en climas muy calurosos.

*Viaje con suficiente medicación en su equipaje de mano (será difícil comprar su medicación fuera de España).

*Para viajes por Europa, lleve consigo la tarjeta sanitaria europea.

Autores:

López López PP Carmen, Enfermera Hematología, HNNG
Francisco García, MP Esther, TEA Hematología, HNNG
Pérez Lajo, Angélica, TEA Hematología, HNNG
Arbúel Latorre, Rosa María, Enfermera Hematología, HNNG
Escobar Huch, Clara Victoria, Supervisora Consultas Externas, HNNG
Abad Olmos, Ana Laura, Enfermera Hematología, HNNG
López Coronado Pérez, José Luis, Médico Familia y Comunitaria, CS Tarazona
López Gómez, Luis Antonio, Jefe Sección Hematología, HNNG

Anticoagulantes Clásicos (Antivitamina-K)

Acenocumarol (Sintrom®)
Warfarina (Aldocumar®)

ANTICOAGULANTES CLÁSICOS: ANTIVITAMINA-K II

¿Qué es el Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO)?

¿Cómo actúan?

Los anticoagulantes orales, disminuyen la capacidad de coagulación de la sangre, haciéndola más líquida e impidiendo la formación de coágulos. Previenen de trombosis, embolias, infartos...

Los anticoagulantes orales clásicos actúan bloqueando la acción de la **vitamina K** del organismo, impidiendo la formación normal de factores necesarios para la coagulación.



Son necesarios **controles** periódicos del INR, ya que la acción del fármaco puede modificarse por muchos factores externos (actividades diarias, alimentación, ejercicio físico, enfermedades, otros tratamientos.....).

En caso de dolor tome **PARACETAMOL** O **METAMIZOL**. Para el resto de fármacos, consulte a su médico.

Comente todas las incidencias
en su próximo control de INR

¿Qué debo saber de los anticoagulantes clásicos?

La alimentación puede modificar la acción del anticoagulante, alterando la cifra de INR.

Aconsejamos:

- * Lleve una dieta mediterránea equilibrada.
- * **MODERE** el consumo de verduras (especialmente brócoli, ajos/cebolla, acelgas y espinacas, coliflor), vísceras de animales, mayonesa, caramelos de regaliz, castañas, mazapanes y/o turrónes...
- * **EVITE** productos de herboristería.
- * **EVITE** el consumo de alcohol/tabaco.
- * **EVITE** la bollería industrial.
- * **EVITE** el uso de fajas, medias o prendas que compriman las extremidades inferiores (salvo medias indicadas por su médico).
- * **EVITE** caminar descalzo (puede cortarse).
- * **EVITE** las relaciones sexuales de riesgo.
- * Deberá afeitarse con maquinilla eléctrica.
- * Haga ejercicio físico diario (**evite** deportes de contacto como boxeo, rugby, artes marciales y los que pueden producir caídas graves: alpinismo, esquí...).
- * Use casco si monta en bicicleta/moto.
- * Evite masajes profundos y manipulaciones articulares.
- * Evite piercing y tatuajes.
- * Visite a su **Odonólogo** periódicamente; debe mantener su boca en buen estado.

¿Cuándo debo consultar al médico?

- * Si presencia cualquier signo de hemorragia (sangrado por la nariz, por boca, por orina, heces o si aparecen hematomas de forma espontánea).
- * En caso de diarrea: tome abundante líquido y alimentos fáciles de digerir (arroz, fideos, pollo sin piel...).
- * Si la diarrea es persistente, deberá adelantar el control del INR.
- * Si vomita justo después de tomar el anticoagulante, vuelva a tomarlo.
- * Si tiene fiebre o catarro.
- * Si sospecha que está embarazada, acuda a su médico lo antes posible; deberá suspender el anticoagulante oral y comenzar con heparina.
- * En caso de extracción dentaria: generalmente no precisará suspender el anticoagulante, siguiendo unas normas especiales.
- * En caso de dolor de cabeza intenso y/o brusco (o si aparece junto a vómitos).
- * Si presenta alteración de la visión o del habla.
- * Precación ante inyecciones intramusculares: consulte siempre a su médico y/o enfermera.
- * Vacínese siempre bajo supervisión médica.
- * Consulte en caso de mamografía, endoscopia o intervención quirúrgica...

Acuda a Urgencias si aparece:

Pérdida de visión brusca
Sangrados que no cesan (nasales, vaginales...)
Espumas con sangre
Heces color negro y/o con sangre
Dolor de cabeza intenso (o si aparece junto a

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSFUSIONES Y PRUEBAS CRUZADAS

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Del Río Román, Francisco Esteban Huche, Clara Victoria López López, Ma Carmen	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSFUSIONES Y PRUEBAS CRUZADAS	Z1-NSG-PO-1829 Revisión: A Página 1065 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

SF	SUERO FISIOLÓGICO
ml	MILILITROS
FC	FRECUENCIA CARDIACA
FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
TA	TENSIÓN ARTERIAL
AC	ANTICUERPO
AG	ANTÍGENO

DEFINICIÓN

Estudio de histocompatibilidad que detecta la presencia de anticuerpos anti-HLA preformados en el suero de un paciente contra los linfocitos de un posible donante.

OBJETIVOS

- Detectar posibles reacciones Ag-Ac entre la sangre del donante y la del receptor, antes de la transfusión.
- Garantizar que los componentes sanguíneos reservados son compatibles con el paciente.

ALCANCE

Pacientes ingresados que precisen transfusión por prescripción facultativa.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Guantes
- Tarjeta serafols®
- Gasas
- Lancetas
- Palillos
- SF 10ml
- Hoja de verificación de transfusión de hemoderivados [ANEXO 1829-I](#)

EJECUCIÓN

Comprobación de la solicitud de transfusión

- Comprobar que el paciente ha sido informado de los riesgos/beneficios de esta técnica, así como de las posibles alternativas según lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
- Comprobar que el consentimiento informado ha sido firmado por el paciente y se encuentra incluido en la historia clínica según establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. [ANEXO 1829-II](#)
- Comprobar la correcta identificación por parte del facultativo de los datos del paciente.
- Verificar que la pulsera recoge correctamente los datos del paciente (nombre, apellidos y número de historia clínica) según se recoge en BOE del 20/9/2005, R.D. 1088/05 art. 17.

Comprobación de la identificación del paciente

- Realizar una identificación positiva del paciente (nombre y dos apellidos y siempre que se pueda fecha de nacimiento) antes de la administración del componente sanguíneo. Cuando la identificación positiva no sea posible (enfermos

inconscientes, con demencia o con barreras del lenguaje), solicitaremos ayuda al cuidador.

- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Comprobación de grupo sanguíneo en cabecera

- Cumplimentar la Hoja de verificación de transfusión de hemoderivados con letra legible. [ANEXO 1829-I](#)
- Realizar una punción capilar.
- Añadir una gota de sangre en cada círculo reactivo (anti-A, anti-B, anti-D y zona de control).
- Añadir una gota de SF sobre cada gota de sangre.
- Homogeneizar la mezcla hasta cubrir la totalidad del pocillo, utilizar un palillo distinto para cada zona.
- Agitar suavemente la tarjeta con movimientos circulares durante 30-60 segundos.
- Observar la aglutinación/no aglutinación de la muestra.

Interpretación de resultados

- Realizar la lectura de la tarjeta pasados varios minutos (nunca antes de 2 minutos).
- Anotar los resultados en la Hoja de verificación.
- No guardar la tarjeta de la técnica en la historia del paciente.

GRUPO 0 POSITIVO



GRUPO 0 NEGATIVO



GRUPO AB POSITIVO



GRUPO AB NEGATIVO



GRUPO A POSITIVO



GRUPO A NEGATIVO



GRUPO B POSITIVO



GRUPO B NEGATIVO



- Antes de comenzar a transfundir, comprobar de nuevo la identificación del paciente asegurándonos que el código de la pulsera identificativa GRICODE corresponde con la numeración de la bolsa a transfundir.

Velocidad de infusión

- Transfundir los primeros 15 minutos a ritmo lento (10 gotas/min).
- Realizar un control estricto para detectar posibles reacciones hemolíticas agudas.
- Realizar la transfusión en un tiempo no superior a 4 horas para evitar el riesgo de contaminación bacteriana.

Tabla I. Administración de componentes sanguíneos.

Componentes Sanguíneos	Volumen	Duración transfusión	Velocidad infusión
HEMATIES	200-300mL	60-120 min.	60-80 gotas/min.
PLAQUETAS	200-400mL	20-40 min.	130-200 gotas/min.
PLASMA	300-400mL	30-60 min.	125-175 gotas/min.

Monitorización del paciente

- Medir las constantes vitales (temperatura, FC, TA, y opcionalmente, FR) antes de comenzar la transfusión.
- Observar de forma intermitente al paciente, si transcurridos los primeros 15 minutos no se aprecian reacción ni cambios en las constantes, aumentar la velocidad de infusión.
- Medir las constantes vitales tras concluir la perfusión.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- La enfermera que realiza la técnica debe estar claramente identificada, además de anotar la fecha y hora del procedimiento.
- El pocillo control no puede precipitar/aglutinar nunca.
- Evitar arrastrar un reactivo de un pocillo a otro.
- La aglutinación en anti-D será más costosa que en el resto (no interpretar resultados hasta pasados varios minutos).
- Interrumpir la transfusión y valorar el estado del paciente si durante el proceso, el paciente muestra signos que sugieran reacción adversa.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSFUSIONES Y PRUEBAS CRUZADAS	Z1-NSG-PO-1829 Revisión: A Página 1069 de 1152
--	--	---

- Si se ha de transfundir varias bolsas, se comprobará el grupo sanguíneo una vez, salvo que exista un cambio de enfermera, en cuyo caso deberá realizar otra vez la comprobación de grupo sanguíneo en cabecera.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Rellenar el Informe de control transfusional y Hoja de verificación de transfusión de hemoderivados.
- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Real Decreto 1088/2005 por los que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. [Internet] [Acceso febrero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-15514>.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet] [Acceso febrero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. [Internet] [Acceso febrero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>.
- Practical Guide to Transfusion Medicine. Marian Petrides. MD. AABB press 2001.
- Barbolla L, Contreras E, Pujol MM. Manual Práctico de Medicina transfusional. Acción Médica 2002.

ANEXO 1829-I

HOJA VERIFICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS



HOJA DE VERIFICACION DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS

Antes de transfundir comprobar que:
Chequear la acción realizada

- ☐ LAS BOLSAS DE SANGRE COINCIDEN DE MANERA INEQUIVOCAL CON LA IDENTIDAD DEL RECEPTOR (Nombre y dos Apellidos, Número de Historia Clínica) Y CON EL NÚMERO DE UNIDAD DEL INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL.
- ☐ EL NÚMERO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL QUE FIGURA EN LA BOLSA DE SANGRE Y EN EL INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL COINCIDEN CON EL NÚMERO DE LA PULSERA QUE PORTA EL PACIENTE.
- ☐ AL VERIFICAR EL GRUPO SANGUÍNEO EN CABECERA DE PACIENTE, NO HAY DISCREPANCIA CON LA COMPATIBILIDAD DEL HEMODERIVADO.

NUNCA TRANSFUNDIR SI EN EL PROCESO DE VERIFICACIÓN HAY DISCREPANCIAS O DUDAS. EN ESE CASO, CONTACTAR INMEDIATAMENTE CON EL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN.

NOMBRE DEL PACIENTE / ETIQUETA

NOMBRE DE LA ENFERMERA

FECHA

Hoja para la historia del paciente

ANEXO 1829-II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE HEMODERIVADOS

RIESGOS PERSONALIZADOS

Derivados de la situación particular de cada paciente (cumplimentar si procede):

DECLARACIONES Y FIRMAS:

- Declaración del enfermo:

- He sido informado por el médico abajo mencionado de:
 - las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado
 - las posibles alternativas al mismo
 - que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas

Nombre: Firma:

- Declaración del médico, de que ha informado debidamente al paciente.

Nombre Firma

- Declaración del familiar, persona allegada o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por incompetencia del paciente.

Nombre Firma

- Declaración de testigo, en su caso

Nombre Firma

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 05/2017	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Colina Ontañón, M ^a Luisa Esteban Urban, Rosa Pérez González, M ^a Carmen Torres Andrés, M ^a Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍA	Z1-NSG-PO-1830 Revisión: A Página 1073 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

dB	DECIBELIOS
Hz	HERTZ

DEFINICIÓN

La audiometría es una prueba para evaluar el funcionamiento del sistema auditivo, que permite determinar la capacidad de una persona para escuchar los sonidos y nos revela si la audición está alterada.

Las ondas sonoras viajan por el conducto auditivo, desde el oído externo, haciendo vibrar los huesecillos en el oído medio y desembocando después en el oído interno, en ese momento se produce la audición, conocida como conducción aérea. Sin embargo, el sonido también puede llegar al cerebro a través de los huesos que se encuentran detrás del oído. Se conoce como conducción ósea.

En una audiometría se analiza la relación entre tono e intensidad del propio sonido que teóricamente llega a nuestro oído, evalúa todas las tonalidades, agudas y graves, según el umbral auditivo. Esta prueba se suele realizar de dos formas diferentes:

- Vía aérea gracias al uso de auriculares
- Vía ósea, con un vibrador que se coloca sobre la apófisis mastoides detrás de la oreja.

La Intensidad del sonido se mide en decibelios (dB):

El Tono del sonido se mide en ciclos por segundo o Hertz(Hz):

OBJETIVOS

- Determinar la capacidad de una persona para escuchar los sonidos
- Determinar la fase del proceso de audición que está alterada.

ALCANCE

- Dirigido a todos los pacientes susceptibles de necesitar una evaluación de su audición.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Cabina insonorizada.
- Audiómetro
- Auriculares
- Vibrador del audiómetro
- Audiograma: El audiograma es un gráfico en el que se representan las respuestas de cada paciente a los estímulos auditivos emitidos por el audiómetro.
- Rotuladores de color rojo y azul.

EJECUCIÓN

- El audiómetro envía tonos con diferentes umbrales para distintas frecuencias, que son medidos en decibelios. Las frecuencias van desde los 125 hasta los 8000 Hz.
- La enfermera, mediante los mandos del audiómetro, emite una variedad de pitidos de diferentes tonos e intensidades y el paciente debe de hacer una señal cada vez que los oiga. Primero se realiza la prueba emitiendo pitidos para un oído y después para el otro.
- Esta prueba se puede realizar de dos formas diferentes: por vía aérea gracias al uso de auriculares o por vía ósea, con un vibrador que se coloca sobre la apófisis mastoides detrás de la oreja.

Preparación del paciente

- Identificar del paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente
- Indicar que se sienta en la silla que hay dentro de la cabina.
- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar.
 - Colocarle unos auriculares para medir su nivel de audición.
 - Primero escuchará unos sonidos por uno de los oídos (indicarle si comenzamos por el oído derecho o por el izquierdo). Los sonidos serán de distinta tonalidad y distinta intensidad.
 - El paciente tendrá que identificar los sonidos y siempre que los oiga levantar la mano. Cuando deje de oírlos bajarla.
 - Indicar cuando vamos a cambiar al oído contrario.
- La cabina estará cerrada para aislar al paciente de los ruidos externos, pero en cualquier momento que lo necesite y nos lo indique abriremos la puerta.
- La enfermera se sitúa fuera de la cabina insonorizada y no debe mostrar ningún gesto que pueda indicar al paciente cuándo se están emitiendo sonidos o cómo se está variando su intensidad.

Ejecución de la técnica

- Colocar los auriculares al paciente, el auricular del cable de color rojo en el oído derecho y el de color azul en el oído izquierdo.
- Cerrar la cabina y la enfermera se sitúa enfrente del paciente.
- Poner una pegatina identificativa del paciente en el audiograma, la fecha y el nombre de la enfermera que realiza la audiometría.
- Comenzar por el oído que hemos indicado al paciente.
- Verificar con los mandos del audiómetro que estamos en el oído correcto.
- Utilizar rotulador rojo para realizar la gráfica del oído derecho (mediante un punto) y el azul para el oído izquierdo (mediante un aspa).
- En cualquier momento podemos comunicarnos con el paciente mediante el micrófono.

Audiometría por vía aérea:

- Colocar los auriculares al paciente.
- Comenzar por la frecuencia 1000Hz. Y desde 0 dB vamos aumentando la intensidad de 5 en 5 dB hasta que el paciente nos indica que oye el sonido.
- Anotar en la gráfica con el rotulador rojo y mediante un punto los decibelios en los que escucha esta frecuencia.
- Continuar repitiendo los mismos pasos con el resto de las frecuencias siguiendo este orden: 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz, 500Hz y 250Hz
- Cuando terminemos unir todos los puntos de la gráfica y obtendremos la curva de audición del oído que hemos analizado.
- Indicar al paciente que cambiamos al otro oído.
- Cambiar con los mandos del audiómetro al oído contrario.
- Repetir los pasos anteriores en el otro oído.

Audiometría por vía ósea:

La audiometría de conducción ósea permite detectar posibles lesiones en la cóclea o sistema nervioso

- Una vez realizada la audiometría aérea se procede a efectuar la exploración de la vía ósea, siguiendo las siguientes pautas:
 - Siempre que se realice la vía ósea de un lado se debe enmascarar el oído contrario.
 - El enmascaramiento es el ensordecimiento o eliminación del oído opuesto para que no pueda influir en los resultados del oído explorado. Distraer al oído que no está bajo examen para que no responda al estímulo del oído explorado, evitando así la aparición de curvas fantasma.
 - Explicar al paciente la prueba que se le va a realizar, los sonidos que va a oír y cuando debe levantarnos la mano. Es conveniente especificarle que debe permanecer lo más inmóvil posible, pues cualquier movimiento corporal podrá confundirlo en la identificación de los sonidos.
 - Explicar que escuchará por el oído a explorar el mismo tipo de sonidos que los percibidos por la vía aérea, pero por el oído contrario escuchará unos sonidos parecidos a un "murmullo o al sonido del mar" que también pueden cambiar de intensidad, pero que debe hacer caso omiso de ellos y concentrarse en los pitidos del oído a explorar.
 - Colocar los auriculares al paciente.
 - Colocar el vibrador del audiómetro sobre la apófisis mastoides del hueso temporal del lado que queramos explorar, teniendo en cuenta que debe hacer contacto directo con la piel.
 - Retirar cualquier elemento que dificulte dicho contacto, como cabellos o gafas.
 - Realizar la audiometría con la misma sistemática que en la audiometría por vía aérea, introduciendo el enmascaramiento.
 - Comenzar por la frecuencia 1000Hz.
 - Si comenzamos por el oído derecho: enmascarar la frecuencia 1000Hz comenzando por los dB que escuchaba el oído derecho por la vía aérea.
 - Desde 0 dB vamos aumentando la intensidad de 5 en 5 dB hasta que el paciente nos indica que oye el sonido.
 - Cuando el paciente identifique el pitido en el oído derecho, aumentaremos en 10dB el enmascaramiento para comprobar que

continúa oyendo y volvermos a aumentar en 10dB el enmascaramiento (10+10) y daremos el valor por bueno.

- Si al aumentar los 10dB no escucha el sonido, aumentar la frecuencia del oído a explorar de 5 en 5 dB hasta encontrar el punto de audición. Confirmar que el umbral óseo en la frecuencia de 1.000 Hz no se modifica realizando 2 incrementos de 10 dB más del ruido enmascarante.
- Una vez confirmado el umbral óseo en la frecuencia de 1.000 Hz procederemos a confirmar el resto de frecuencias.
- En la vía ósea las frecuencias a explorar son siguiendo este orden: 1000Hz, 2000Hz, 3000Hz, 4000Hz, 6000Hz y 500Hz.
- Cuando terminemos unir todos los puntos de la gráfica y obtendremos la curva de audición del oído que hemos analizado.
- Indicar al paciente que cambiamos al otro oído.
- Colocar el vibrador del audiómetro sobre la apófisis mastoides del hueso temporal del lado contrario al explorado anteriormente.
- Cambiar con los mandos del audiómetro al oído contrario.
- Repetir los pasos anteriores en el otro oído.
- Los signos de identificación de una audiometría ósea corresponden a un código internacional en el que el signo ">" corresponde a la exploración del oído izquierdo y el signo "<" al derecho.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar varias veces la intensidad en la que el paciente escucha cada frecuencia.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento del audiómetro, auriculares y vibrador.

REGISTRO

- Complimentar el Audiograma: El audiograma es un gráfico en el que se representan las respuestas de cada paciente a los estímulos auditivos emitidos por el audiómetro.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍA	Z1-NSG-PO-1830 Revisión: A Página 1078 de 1152
---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Handelsman JA, Van Riper LA, Lesperance MM. Early detection and diagnosis of infant hearing impairment. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015: chap 191.
- Kileny PR, Zwolan TA. Diagnostic audiology. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015: chap 133. [Internet] [Acceso mayo 2017]. Disponible en:
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/enmascaramiento.pdf
www.clinicaaudinsa.com/espanol/ResumenEnmascaramiento_audiometrico.pdf
- Bonilla-B S. Máster en Audiología. Tema: Resumen De Enmascaramiento Audiométrico. [Internet] [Acceso mayo 2017]. Disponible en:
http://www.clinicaaudinsa.com/espanol/documentos/estudiantes/Resumen_Enmascaramiento_audiometrico.pdf

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Miriam Larraga Ruíz Ana Sánchez Esteban	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA	Z1-NSG-PO-1831 Revisión: A Página 1080 de 1152
---	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
TA	PRESIÓN ARTERIAL
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEFINICIÓN

Consiste en introducir un catéter arterial (vía radial, femoral o pedia) y conectarlo a un transductor electrónico a través de un sistema poco distensible relleno de suero salino, lo que permite obtener mediciones de la presión arterial (TA).

OBJETIVO

- Obtener una monitorización continua de la presión arterial.

ALCANCE

Población que precisa la monitorización para la obtención de mediciones de la presión arterial continua.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Catéter arterial
- Llave de tres vías
- Suero salino de 500 ml con 1 ml de heparina sódica al 1%
- Presurímetro
- Kit de monitorización arterial con soporte para transductor
- Palo de gotero para soporte del transductor
- Cable-alargadera del kit para conectar al monitor

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Montaje del sistema:
 - Preparar el suero, el equipo y el transductor.
 - Purgar con solución salina todo el sistema evitando que queden burbujas de aire atrapadas.
 - Purgar la cúpula del transductor a la inversa de forma que las burbujas fluyan en sentido del suero y no queden en su interior.
 - Conectar los cables al monitor, observando como en la pantalla aparece una curva que corresponde con la presión arterial.

Determinación del cero:

- Alinear el transductor con eje flebostático a la altura de la aurícula derecha (cuarto espacio intercostal, línea media axilar).
- Poner en contacto el suero con el aire atmosférico (retirando el tapón), para ello debemos girar la llave del transductor cerrando el paso hacia el paciente.
- Seleccionar en el monitor presión arterial.
- Presionar sobre "PONER A 0".
- Observar en el monitor que la curva de la presión arterial se aplana.
- Aparece un mensaje en la parte superior de la pantalla que indica "CERO ACEPTADO".
- A la derecha del monitor aparece la cifra 0/0.
- Una vez puesto a cero, colocar el tapón en la llave del transductor y conectar de nuevo el suero con el paciente.
- Heparinización y presión del manguito:
 - Realizar la heparinización de la solución salina con 0,5 ml de heparina sódica al 1% en el caso de un suero de 250 ml; si la solución salina es de 500 ml, la heparina necesaria es de 1 ml.
 - La presión del manguito ha de ser de 300mmHg para asegurar un flujo de 3 ml/h manteniendo así constantemente permeable el catéter.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Calibrar la cápsula al comienzo de cada turno y cada vez que exista sospecha de valores o curvas poco fiables.
- Comprobar las conexiones.
- Evitar la entrada de aire a la vía.
- Mantener permeable la vía arterial y después de cualquier manipulación que implique riesgo de obstrucción (cambios posturales, extracción de sangre, etc).
- Cuando se vaya a tomar una muestra de sangre arterial, aspirar primero 2/3cm y desecharlos; extraer seguidamente la cantidad necesaria para el control.
- Curar diariamente el punto de inserción y siempre que precise.
- Manipular lo menos posible el catéter y el sistema.
- Utilizar técnicas lo más asépticas posibles (aplicar el Protocolo de Bacteriemia Zero en la inserción del catéter).
- Identificar signos de infección.
- Mantener constante en el presurizador la presión adecuada al volumen existente en la bolsa de suero.
- Retirar el catéter si se produce extravasación de la arteria.
- Cambiar el catéter siempre que se observen alteraciones en la zona y la curva no sea buena.

Complicaciones/Riesgos

- Utilización errónea del equipo o interpretación errónea de la medición.
- Infección en el punto de inserción
- Hemorragia en el lugar de punción por desconexión.
- Inyección intraarterial accidental de fármacos a o de aire.
- Trombosis arterial por:
 - Situaciones de bajo gasto cardiaco
 - Falta de uso de heparina
 - Ausencia de flujo continuo
 - Cateterización prolongada
 - Técnica y uso de catéteres inadecuados.
- Menos frecuentes:
 - Embolias gaseosas
 - Lesión de nervios periféricos
 - Posibles aneurismas
 - Fístulas arterio-venosas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Sabatier C; Monge, I; Ochagavia A. Valoración de la precarga y la respuesta cardiovascular al aporte de volumen. Rev: Med Intensiva. 2012; 36: 45-55.
- Atilio-Barbeito MD, Jonathan B, Mark MD. Monitorización de la presión arterial y la presión venosa central. Rev: Anesthesiology Clin N Am.2006; 24: 715-735.
- González-Caro JM et al. Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz o multilumen mediante técnica de Seldinger. Rev: Nure Investigacion. 2007; 29.
- Carrillo-López A, Fiol-Sala M, Rodríguez-Salgado A. El papel del catéter de Swan-Ganz en la actualidad. Rev: Med Intensiva.2010; 34 (3): 203-14.
- Romero-López J, Luis JC, Pérez-Torres MC. Utilidad clínica de la Presión Venosa Central. Rev: Andaluza de Patología Digestiva. 2002.
- Rivas-Doblado JS, García-Ubero F, Artes-Leon JL. Presión Venosa Central. Variaciones en personas con intolerancia al decúbito. Rev: Rol Enferm. 2002; 25 (1): 51-4.
- Burchell-Patricia L, Powers-Kelly A. Monitorización de la presión venosa central en el contexto asistencial agudo. Rev: nursing. 2012; 30 (3): 20-5.
- García-de Lorenzo A, Caturla-Such MJ. Medicina Intensiva. Editorial Universitaria Ramón Areces. S.A.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 12/2015	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Larraga Ruíz, Miriam López López, M ^a Carmen Sánchez Esteban, Ana	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA	Z1-NSG-PO-1832 Revisión: A Página 1086 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

mmHg	MILÍMETROS DE MERCURIO
TA	PRESIÓN ARTERIAL
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
PAD	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA
PAS	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA
cm	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias, mientras que la tensión arterial es la forma en que las arterias reaccionan a esta presión, lo cual logran gracias a la elasticidad de sus paredes. Si bien ambos términos se suelen emplear como sinónimos es preferible emplear el de presión arterial. Su medida se describe en unidades de presión, en mmHg.

Realizar la medición de forma no invasiva mediante un esfigmomanómetro.

La presión arterial se toma mediante dos mediciones:

- Sistólica: que corresponde al valor máximo de la presión arterial, cuando el corazón se contrae. Hace referencia al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.
- Diastólica: que corresponde con el valor mínimo de la presión arterial, es la medida entre latidos cardiacos. Se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias, es decir el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

OBJETIVO

- Determinar la sístole y la diástole a través de la fuerza que ejerce la sangre al circular por las paredes arteriales.

ALCANCE

Población que precisa la obtención de mediciones de la presión arterial.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Manguito de tamaño adecuado
- Cable para conectar al monitor
- Compresa o gasa
- Fonendoscopio
- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroide

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Informar al paciente que notará una molestia en el brazo.
- Seleccionar una extremidad superior, no utilizando aquellas con patologías o catéteres.

Toma de la presión arterial digital

- Colocar una gasa entre la piel del paciente y el manguito para evitar roces, si fuese preciso.
- Colocar el manguito del tamaño adecuado para el brazo de cada paciente, situándolo 2,5 cm por encima de la fosa antecubital (por encima del codo), centrado sobre la arteria humeral y firmemente sujeto de modo que no se puedan introducir más de dos dedos por debajo de él.
- Determinar el intervalo de frecuencia de la toma de la presión arterial en el monitor.
- Para medidas puntuales pulsar PSN en el monitor.

Toma de la presión arterial manual

- Sentar al paciente y/o colocarlo en decúbito supino, con el brazo apoyado a la altura del corazón (deberá permanecer en reposo al menos 5 minutos antes de la medición).
- Seleccionar un tamaño de manguito adecuado para el paciente.
- Palpar la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa antecubital, cara interna) y colocar el manguito 2-3 cm por encima de ésta, centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial.
- Colocar el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial, sujetándolo con nuestro 2º y 3er dedo.
- Cerrar la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj.
- Inflar el manguito hasta una presión aproximada de 200 mmHg.
- Abrir la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmHg por segundo hasta que se escucha el 1er latido, cuyo valor corresponde con la presión arterial máxima o sistólica (PAS).
- Continuar desinflando el manguito hasta la desaparición del tono del latido cardíaco, que corresponderá con la tensión arterial mínima o diastólica (PAD).
- Abrir la válvula dejando salir el aire restante del manguito.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Evitar el consumo de alcohol y café en los 30 minutos anteriores a la medición.
- Iniciar la toma de presión arterial (PA) con 2 mediciones separadas entre sí de 2-3 minutos.
- Posteriormente, tomaremos de referencia el brazo donde obtuvimos la mayor PA.
- Dejar prendas finas en la determinación no modifica las medidas.
- En embarazadas de más de 20 semanas, realizar la toma de PA con la paciente en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- El paciente deberá permanecer en silencio durante la toma.
- Evitar errores en la toma de presión arterial
 - Tamaño inadecuado del brazalete
 - Brazalete no centrado en la arteria
 - Ropa que comprima
 - Variaciones por arritmia, temblor
 - No posicionar el brazo a nivel del corazón
 - Rápido desinflado del manguito
- Complicaciones/ Riesgos
 - Dolor
 - Edema de la extremidad
 - Congestión venosa
 - Tromboflebitis
 - Petequias

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA	Z1-NSG-PO-1832 Revisión: A Página 1090 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Llanos-Ortega IM. Inserción de catéteres arteriales. Tratado de enfermería. Cuidados Críticos. 2006, p.48.
- Centeno-Cunquero A, García-Bachiller P. Actualización de conocimientos en terapia intravenosa. Catéteres arteriales.
- Cantos Y. Manual de cuidados intensivos para enfermeras. Monitorización invasiva del sistema cardiovascular, pp.53-59.
- Atilio-Barbeito MD, Jonathan B, Mark MD. Monitorización de la presión arterial y la presión venosa central. Rev: Anesthesiology Clin N Am. 2006; 24, pp. 715-735.
- Parra-Moreno ML, Arias-Rivera S, Esteban-Rivera A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. 2003 Editorial Masson, pp. 319-30.
- Control de presión arterial. En: Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario Reina Sofía. Córdoba; 2001, pp. 257-259.
- Ministerio de Sanidad y Consumo/Asociación Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la hipertensión arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: Idepsa; 1996.
- De la Figuera-Von Wichmann M y Dalfó-Baqué A. Hipertensión Arterial. En: Martín-Zurro A. y. Cano-Pérez J.F, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace; 1999, pp. 658-689.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 10/2017	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Blasco Borao, Silvia López López, M ^a Carmen	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA	Z1-NSG-PO-1833 Revisión: A Página 1092 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
mm/s	MILIMETROS POR SEGUNDO
Mv	MILIVOLTIO

DEFINICIÓN

El electrocardiograma es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón; este registro se realiza a través de electrodos que se colocan en la superficie corporal y se conectan a una máquina llamada electrocardiógrafo. Mediante esta prueba obtendremos 12 derivaciones, 6 frontales y 6 precordiales, que nos darán información de distintos puntos del corazón.

OBJETIVOS

- Obtener una imagen visual del ritmo cardiaco.
- Identificar alteraciones cardiacas.

ALCANCE

Población susceptible de realizar un ECG.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Electroodos de un solo uso con gel
- Guantes desechables no estériles
- Alcohol
- Gasas o algodón
- Rasuradora
- Papel de registro de electrocardiograma

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino. [PO-0401](#)
- Ayudar al paciente a descubrirse pecho, tobillos y muñecas.
- Limpiar la piel donde se aplican los electrodos con alcohol.
- Rasurar si existe abundante vello.
- Colocar electrodos y conectar derivaciones estándar:
 - Rojo: muñeca derecha (AVR)
 - Amarillo: muñeca izquierda (AVL)
 - Negro: pierna derecha (LR)
 - Verde: pierna izquierda (AVF)

- Conectar las derivaciones precordiales:



- V1: 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular derecha
- V2: 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular izquierda
- V3: entre V2 Y V4
- V4: 5º espacio intercostal, línea media clavicular izquierda
- V5: 5º espacio intercostal, línea anterior axilar izquierda
- V6: 5º espacio intercostal, línea media axilar izquierda
- Asegurar la correcta colocación de los electrodos y las conexiones de los cables.
- Seleccionar en el electrocardiógrafo los parámetros de velocidad y voltaje de 25mm/s y 1 Mv.
- Seleccionar el filtro y la modalidad (manual o automática).
- Pedir al paciente que permanezca quieto y que respire con normalidad, sin hablar.
- Realizar el ECG según instrucciones del electrocardiógrafo.
- Retirar electrodos y limpiar restos de gel conductor.
- Asegurar la correcta identificación del ECG realizado.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Procurar que el paciente esté lo más relajado posible.
- Situar los electrodos asegurando una buena superficie de contacto entre éstos y la piel.
- En pacientes amputados o con vendajes, colocar los electrodos en la zona más distal del miembro afectado y el de la extremidad contraria a la misma altura.
- En pacientes con monitorización continua, parar el monitor durante la realización del ECG para evitar interferencias.
- Evitar el contacto del paciente con objetos metálicos.
- Si está prevista la realización frecuente de registros electrocardiográficos dejaremos los electrodos adhesivos colocados sobre la piel del paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA	Z1-NSG-PO-1833 Revisión: A Página 1095 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta-López FJ, Blanes-Compañ FV, Castells-Molina M, Doming-Pozo M, Fernandez-Molina MA, Gómez-Robles FJ et al. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2ª ed. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2007. [Acceso octubre 2017]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Medlineplus. Enciclopedia médica. Electrocardiograma. [Internet]. [Acceso octubre 2017]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003868.htm
- Enfermería Práctica Información práctica sobre enfermería. [Internet]. [Acceso octubre 2017]. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/realizacion-de-electrocardiograma>
- Protocolos de Enfermería. [Internet]. [Acceso octubre 2017]. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711091.pdf>

MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL M.A.P.A

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 04/2019	Fecha: 04/2019	Fecha: 04/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Acin Miguel, Teresa Carnicer Navarro, M ^a Ángeles Negredo Hernández, Eva M ^a	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL M.APA.	Z1-NSG-PO-1834 Revisión: A Página 1097 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TA	TENSIÓN ARTERIAL
Fc	FRECUENCIA CARDIACA

DEFINICIÓN

Consiste en la monitorización de forma ambulatoria mediante un dispositivo de manguito conectado a una grabadora de la TA durante 24 horas.

OBJETIVOS

- Valorar y cuantificar la tensión arterial y sus cambios a lo largo de 24 horas.
- Valorar la hipertensión refractaria presente en la realización de la prueba.
- Valorar síntomas de hipotensión con tratamiento anti- hipertensivo.
- Valorar el efecto del tratamiento.

ALCANCE

- Población con patología hipertensiva/hipotensiva, diagnosticada o en estudio.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Mapa: grabadora y manguito conectado
- Pilas
- Silla o camilla
- Ordenador y programa MAPA

EJECUCIÓN

Preparación del material:

- Colocar 4 pilas AAA.
- Programar con los datos del paciente de la grabadora (icono carga).

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocar el manguito en el brazo no dominante.
- Completar hoja con datos, peso, talla, edad, etc.
- Realizar una breve entrevista, estado clínico, toma de tratamiento prescrito.
- Realizar unas indicaciones sobre la mecánica de la prueba: debe anotar hora de acostarse, hora de levantarse, si realiza siesta y si ocurre algún acontecimiento fuera de lo habitual. [ANEXO 1834-I](#)
- Acudir a la consulta para retirar el manguito las 24 horas después del inicio de la prueba.
- Realizar una breve entrevista sobre posibles incidencias surgidas durante la realización de la prueba.
- Retirar el manguito.
- Recoger el material.

- Limpiar los cables y el manguito.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Adjuntar al paciente hoja de instrucciones para el paciente. [ANEXO 1834-II](#)
- Durante toda la prueba debe procurar no mover excesivamente el brazo donde lleve el manguito de medida de TA.
- No realizar actividad física intensa o inhabitual durante las 24 horas que lleve el manguito de medida de TA.
- En el momento que se inicie la toma de TA, el paciente notará que el manguito comienza a hincharse, debe relajar totalmente el brazo y colocarlo estirado junto al cuerpo.
- Durante la prueba debe realizar sus actividades cotidianas para que la prueba sea realmente representativa.
- No mojar ni retirar el manguito durante la prueba.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Castiñeira-Pérez C, Moliner-de la Puente J R, Marín-Sánchez M L, Domínguez-Sardiña M, González-Paradela C, Rios-Rey M T, Chayán-Zas L, Leiro-Manso A, Gil-Teijeiro J. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). [Internet]. Revisión 2019. [Acceso Abril 2019]. Disponible en:
<https://www.fisterra.com/guias.../monitorizacion-ambulatoria-presion-arterial-mapa/>

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL M.APA.	Z1-NSG-PO-1834 Revisión: A Página 1100 de 1152
--	---	---

ANEXO 1834-I



M.A.P.A

MONITORIZACION AMBULATORIA PRESION ARTERIAL

Paciente:

Dirección:

Edad:

- ANOTAR:**

- **HORA DE ACOSTARSE:**

- **HORA DE LEVANTARSE:**

- **SIESTA: DESDE: HASTA:**

- **ALGUN ACONTECIMIENTO FUERA DE LO HABITUAL:**

.....

.....

.....

.....

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL M.APA.	Z1-NSG-PO-1834 Revisión: A Página 1101 de 1152
--	---	---

ANEXO 1834-II



M.A.P.A INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

Lea atentamente este folleto antes de abandonar la consulta con el aparato que le han colocado. Si tiene alguna duda pregúntele a la enfermera.

A usted se le va a realizar una **Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)**. Esto quiere decir que se colocará un aparato portátil de medida automática de la presión arterial. El dispositivo está programado de forma que, cada 20 minutos durante el día y cada 30 minutos durante la noche, se le medirá su presión arterial. Usted se dará cuenta en ese momento porque el manguito se hinchará y deshinchará automáticamente. Si el aparato toma alguna medida más, no se preocupe, en ocasiones repite la lectura a los pocos minutos para verificar los datos. Dado que en las 24 horas tendremos más de 50 lecturas, el doctor tendrá suficiente información para considerar su tratamiento. No obstante, para procurar tener una exploración exitosa y evitar todos los errores posibles conviene tomar las siguientes precauciones.

Precauciones:

1. Durante toda la prueba procure no mover excesivamente el brazo donde se ha colocado el manguito.
2. En el momento en que se inicie la lectura de la presión arterial (lo notará porque el manguito se hincha) relaje totalmente el brazo y colóquelo en posición normal estirado junto al cuerpo.
3. Si está realizando una actividad física (andar, limpiar la casa, ...) párese y coloque el brazo como hemos comentado anteriormente.
4. El día de la prueba evite realizar ejercicios importantes como deportes, correr, trabajos físicos (cargar y descarga), ... con el

movimiento o el ejercicio las lecturas de presión arterial pueden ser erróneas.

5. No obstante, durante la prueba procure realizar sus actividades cotidianas (a excepción del ejercicio). Si está todo el día sentado o descansando en la cama, sus presiones arteriales serán mucho más bajas y no serán representativas de su actividad cotidiana.
6. No se mueva el manguito durante las 24 horas. Si se desplaza no detectaría correctamente su presión arterial.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE HOLTER

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019	Fecha: 01/2019
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Acin Miguel, Teresa Beltrán Vicente, Estela Carnicer Navarro, Ma Angeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

ECG	ELECTROCARDIOGRAMA
-----	--------------------

DEFINICIÓN

El holter es un pequeño dispositivo electrónico conectado a unos electrodos colocados en el tórax del paciente que registra el electrocardiograma del paciente durante 24/48 horas de forma ambulatoria. Al finalizar el registro se descargan los datos en un ordenador para su posterior estudio.

OBJETIVOS

- Diagnóstico de arritmias cardíacas.
- Establecer la posible causa cardíaca ante síncope u otros síntomas manifestados por el paciente.
- Diagnóstico de cardiopatía isquémica.

ALCANCE

- Pacientes con sospecha de arritmias cardíacas o posible patología cardíaca.

PERSONAL

- Facultativo especialista
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

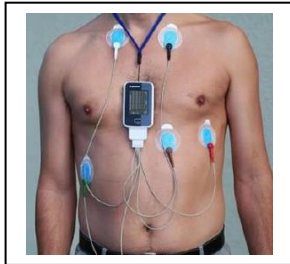
- Electrocardiógrafo
- Camilla y sabanilla
- Dispositivo electrónico: Holter
- Pilas
- Programador
- Estropajo
- Rasuradora o cuchilla
- Gasas
- Alcohol
- Electrodo
- Mallafix cortado tipo camiseta
- Esparadrapo
- Ordenador para la descarga de los datos registrados

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Introducir los datos del paciente en el programador.
- Colocar las pilas en el dispositivo electrónico (Holter). Sonará un pitido.
- Solicitar al paciente que se retire la ropa de cintura para arriba y se tumbe en la

camilla.

- Realizar un electrocardiograma (ECG) basal. [PO-1834](#)
- Preparar la piel del paciente antes de colocar los electrodos:
 - Rasurar si es necesario
 - Limpiar la piel con estropajo y gasa con alcohol.



- Colocar los electrodos en las posiciones indicadas en el dibujo anexo y conectarlos al Holter.
- Programar el Holter:
 - Enfrentar el sensor infrarrojo del Holter y del programador.
 - Pulsar F1 (check) para comprobar el trazado electrocardiográfico. Utilizar las flechas para ver las distintas derivaciones.
 - Pulsar F3 (record) para comenzar el registro. Oiremos un breve pitido y quedará una luz amarilla parpadeante durante todo el registro.
- Envolver el Holter con unas gasas sujetas con esparadrapo.
- Colocar al paciente una malla cortada tipo camiseta para sujetar el dispositivo.
- Al día siguiente a la misma hora el paciente debe acudir a la consulta para retirar el Holter:
 - Comprobar que la luz parpadeante amarilla se ha apagado. Si no es así, pulsar con un bolígrafo o algo similar el botón situado en la parte trasera. Sonará un pitido y la luz se apagará.
 - Retirar los electrodos al paciente.
 - Descargar el Holter en el ordenador.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Descarga de datos grabados

- Abrir en el ordenador el programa MARS
- Conectar el Holter al programador, en el que previamente habremos insertado una tarjeta de memoria
- Seguimos los pasos indicados para descarga de datos. F2, F3 y nuevamente F3.
- Los datos pasan a la tarjeta de memoria y suena un pitido al finalizar.
- Colocamos la tarjeta en el lector e iniciamos el programa Mars
- Pulsamos adquirir datos, completamos la información que solicite
- Se produce una nueva descarga de la información contenida en la tarjeta
- Revisamos tira de ritmo, y si es preciso se limpian "ruidos"
- Completamos diagnóstico, médico solicitante y médico que revisa
- Guardar y salir
- Posteriormente el cardiólogo revisará la prueba y emitirá un informe de la prueba

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- No aplicar crema hidratante el día de la prueba.
- Tras la colocación del Holter el paciente deberá realizar vida normal, sin limitaciones, con la única precaución de no mojarse o ducharse para evitar que se despeguen los electrodos.
- Si se desconecta un electrodo, el paciente deberá conectarlo de nuevo, ayudándose de esparadrapo si es preciso.
- El paciente debe anotar todo tipo de incidencias que hayan surgido durante el registro.
- Cuando vuelva a la consulta para retirarlo, preguntaremos sobre las posibles incidencias que haya tenido durante el registro.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Valle-Racero JI. Electrocardiografía dinámica. Holter de ritmo cardiaco. [Internet] Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Acceso enero 2019]. Disponible en:
https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/holter_cardiaco.pdf
- Fundación española del corazón. [Internet]. Madrid: fundación española de cardiología. [Acceso enero 2019]. Disponible en:
<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/holter.html>

ERGOMETRÍA: PRUEBA DE ESFUERZO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Acin Miguel, Teresa Beltrán Vicente, Estela Carnicer Navarro, M ^a Angeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ERGOMETRÍA: PRUEBA DE ESFUERZO	Z1-NSG-PO-1836 Revisión: A Página 1109 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

O ₂	OXÍGENO
TA	TENSIÓN ARTERIAL
Fc	FRECUENCIA CARDIACA

DEFINICIÓN

Consiste en la realización de ejercicio físico controlado en tapiz rodante o bicicleta estática, aumentando la carga progresivamente de acuerdo con unos protocolos predeterminados, ya sea con fines diagnósticos, o encaminada a valorar y estratificar el riesgo cardiológico antes de iniciar un programa de rehabilitación cardiaca.

OBJETIVOS

- Valorar y cuantificar la capacidad funcional del corazón y determinar origen cardiaco o pulmonar de la disnea.
- Valorar la aparición de alteraciones cardiovasculares no presentes en reposo y que se pueden manifestar con el ejercicio, y estudiar el comportamiento de otras variables (TA, Fc) durante la realización de la prueba.
- Prescripción de ejercicio físico de forma más exacta.
- Valorar el efecto del tratamiento, tanto farmacológico como rehabilitador (rehabilitación cardiaca), en pacientes con patología cardiaca ya conocida.

ALCANCE

- pacientes con patología cardiaca: valvular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, candidatos a trasplante.
- Población sana: deportistas

PERSONAL

- Cardiólogo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Carro de paradas
- Tapiz o cicloergómetro
- Electrocardiógrafo de 12 derivaciones
- Electrodo
- Rasuradora y estropajo
- Mallafix
- Gasas y compresas
- Esfingomanómetro y fonendoscopio
- Camilla
- Toma de O₂ y mascarilla/gafas nasales
- Fármacos (Cafinitrina, captropil, etc)
- Ropa (toalla, sabanilla)

EJECUCIÓN

Preparación del material:

- Comprobar el carro de paradas
- Encendido del Ergómetro.

Preparación del paciente:

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Firmar el consentimiento informado.
- Registrar el paciente en la base de datos.
- Breve entrevista, estado clínico, toma de tratamiento prescrito.
- Preparación del paciente: rasurado y preparación de la piel para la colocación de electrodos adhesivos.
- Colocar malla recortada tipo camiseta para sujeción.
- Tomar TA basal.
- Explicar la mecánica de la prueba.
- Enseñar al paciente a caminar sobre el tapiz o pedalear y colocar el asiento a la altura adecuada.
- Instruir al paciente para que nos comunique cualquier síntoma que aparezca durante el ejercicio.
- Realización de la ergometría junto con el cardiólogo.
- Control y monitorización permanente del paciente durante la prueba.
- Tomar las constantes según protocolo seleccionado.
- Al terminar la prueba, tomar las constantes durante la fase de recuperación.
- Retirar los electrodos y cables.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Normas para la realización de la prueba:
 - Evitar comidas copiosas en las 2/3 horas previas a la prueba, así como la ingesta de bebidas con cafeína o alcohol.
 - Ingerir algún alimento en las 2/3 horas anteriores. Para prevenir hipoglucemias no realizar la prueba tras ayuno prolongado.
 - No fumar ni realizar actividad física intensa o inhabitual en las doce horas anteriores.
 - Traer ropa y calzado deportivo.
- Prevenir posibles caídas del paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registro de actividad en hoja documentación, CHECK-LIST. [ANEXO 1836-I](#)

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez V, Martínez A, López MI. La prueba de esfuerzo en el paciente con cardiopatía isquémica. Rev: Enfermería Clínica. 2003; 1383: 180-7.
- Alcaine M, Dura MJ, Ribera A, Colomer M et Coll R. Guía de Rehabilitación cardiaca. Ed. Esmon publicidad SA. 2015; 8-9.
- Ergometría. [Internet]. Madrid: fundación española de cardiología. [Acceso enero 2019]. Disponible en:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/ergometria.html>

ANEXO 1836-I

CHECK-LIST

ETIQUETA

Fecha: _____

Cardiólogo: _____

Enfermera: _____

Año/nº: _____

- PREVIO A LA PRUEBA:

- ☐ Comprobación carro paradas, y encendido de ergómetro.
- ☐ Comprobar datos del paciente
- ☐ Consentimiento informado.
- ☐ Registro del paciente: - Base de datos . - programa de ergo.
- ☐ Breve entrevista, estado clínico, toma de fármacos.
- ☐ Preparación del paciente:
 - rasurado y preparación de piel
 - colocación de electrodos (+ malla de sujeción)
- ☐ Toma de TA basal.
- ☐ Instrucción sobre mecánica de la prueba.

- DURANTE LA PRUEBA:

- ☐ Realización de la ergometría
- ☐ Control permanente y monitorización del paciente durante la prueba.
- ☐ Toma de constantes según protocolo seleccionado.

- POSTERIOR A LA PRUEBA:

- ☐ Toma constantes fase de recuperación.
- ☐ Retirada de electrodos y cables.
- ☐ Limpieza y desinfección material.
- ☐ Realización de informe de ergometría.
- ☐ Introducción datos obtenidos en programa informatizado
- ☐ Cálculo frecuencias cardíacas de entrenamiento

ERGOMETRÍA CON CONSUMO DE OXIGENO: ERGOESPIROMETRÍA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018	Fecha: 06/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Acin Miguel, Teresa Beltrán Vicente, Estela Carnicer Navarro, M ^a Angeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I ERGOMETRÍA CON CONSUMO DE OXIGENO: ERGOESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-1837 Revisión: A Página 1115 de 1152
--	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

TA	TENSIÓN ARTERIAL
FC	FRECUENCIA CARDIACA
MET	UNIDAD DE ÍNDICE METABÓLICO
RER	COCIENTE ENTRE VOLUMEN DE O2 Y CO2
VCO2	VOLUMEN DE CO2

DEFINICIÓN

Análisis directo del intercambio de gases que se produce en el organismo durante la realización de una ergometría, evaluando de forma simultánea la respuesta del sistema circulatorio, respiratorio y del metabolismo energético durante el ejercicio, con fines diagnósticos y/o pronósticos, precisando para ello un equipo analizador de gases.

OBJETIVOS

- Valorar y cuantificar la capacidad funcional del sistema cardiopulmonar.
- Determinar el umbral anaeróbico y el límite de la capacidad de rendimiento continuo.
- Observar la aparición de alteraciones cardiovasculares no presentes en reposo y que se pueden manifestar con el ejercicio, y estudiar el comportamiento de otras variables (TA, FC) durante la realización de la prueba.
- Diferenciar origen cardíaco o pulmonar en las limitaciones de la capacidad de esfuerzo.
- Valorar el efecto del tratamiento, tanto farmacológico como rehabilitador (rehabilitación cardíaca), en pacientes con patología cardíaca ya conocida y evaluar la evolución de la enfermedad.
- Prescripción de ejercicio físico de forma más exacta.

ALCANCE

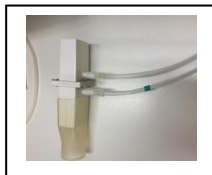
- Pacientes con insuficiencia cardíaca pendientes de entrar en un programa de rehabilitación cardíaca.
- Pacientes antes de la realización de un trasplante cardíaco.
- Población sana: deportistas

PERSONAL

- Facultativo
- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Carro de paradas
- Toma de O₂ y mascarilla/gafas nasales
- Gasas y compresas
- Tapiz o cicloergómetro
- Termómetro e higrómetro
- PowerCube
- Material para conexión al PowerCube
 - Jeringa de calibración
 - Tubos de flujo (2)
 - Tubo de deshidratación de gas
 - Neumotacógrafo
 - Adaptador de silicona
 - Filtro antibacterias
 - Jeringa de volumen

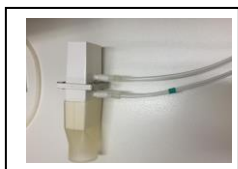


- Mascarilla
- Boquilla de cartón
- Redecilla
- Pinzas nasales para la espirometría.
- Rasuradora y estropajo
- Alcohol
- Electrodo
- Mallafix
- Electrocardiógrafo de 12 derivaciones
- Esfingomanómetro y fonendoscopio
- Pinzas nasales
- Pulsioxímetro
- Camilla y silla.
- Toalla y sabanilla.

EJECUCIÓN

Preparación de material

- Comprobar carro de paradas.
- Encender el PowerCube 30 minutos antes de la realización de la prueba.
- Encender el ordenador y abrir el programa específico para la realización de la prueba e introducir datos del paciente.
- Realizar la calibración de volumen:

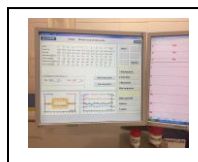
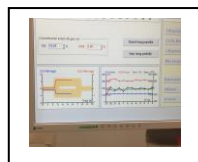
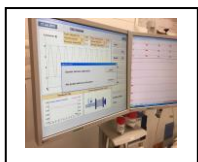


- Hacer clip en calibrar.
- Conectar el neopneumógrafo con la jeringa de volumen mediante adaptador de silicona.
- Conectar los 2 tubos de flujo al neopneumógrafo:
 - Tubo de flujo negativo, de marca verde, a la conexión proximal a la jeringa de volumen.
 - Tubo de flujo positivo, sin marcar, a la conexión más distal a la jeringa de volumen.
- Pulsar INICIO para empezar con la calibración. Para ello es necesario extraer e introducir al máximo el émbolo de la jeringa de volumen varias veces hasta que oigamos un pitido.

Realizar la calibración de gases:



- Pulsar en LF8.
- Pulsar en CALIBRAR ERGO.
- Conectar tubo de deshidratación de gas al PowerCube.
- Abrir la botella de gas para calibración.
- Iniciar la calibración.
- Cerrar la botella de gas una vez finalizada la calibración. **IMPORTANTE NO OLVIDARSE.**



Ejecución

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Firmar el consentimiento informado.
- Valoración del paciente:
 - Estado clínico
 - Toma de fármacos
- Preparación del paciente: rasurado y preparación de la piel para la colocación de electrodos adhesivos.
- Colocar malla recortada tipo camiseta para sujeción de electrodos.
- Tomar la TA basal.
- Informar al paciente sobre las indicaciones de la mecánica de la prueba.
- Realizar la espirometría, repetir 3 veces.
- Colocar mascarilla con la redcilla de sujeción.
- Conectar neumotacógrafo a la mascarilla, y éste al tubo de deshidratación de gases.
- Comprobar las conexiones y la estanqueidad de la mascarilla. La mascarilla debe ajustar herméticamente, sobre todo por la nariz, para evitar errores.
- Ayudar al paciente a subir a la cinta.
- Colocar pulsioxímetro.
- Enseñar al paciente a caminar sobre el tapiz.
- Instruirle para que nos comunique cualquier síntoma que aparezca durante el ejercicio mediante gestos pactados, puesto que no podrá hablar.
- Realizar la ergoespirometría junto con el facultativo.
- Control y monitorización permanente del paciente durante la prueba.
- Tomar las constantes según protocolo seleccionado.
- Al terminar la prueba, tomar las constantes durante la fase de recuperación.
- Retirar la mascarilla cuando nos indique el facultativo, así como los electrodos.
- Limpieza y desinfección del material.
- Recoger el material.

- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Normas para la realización de la prueba:
 - Evitar comidas copiosas en las 2-3 horas previas a la prueba, así como la ingesta de bebidas con cafeína o alcohol.
 - Evitar la ingesta de azúcares y alimentos calóricos 1 hora antes de la prueba. Pueden influir en el metabolismo y los resultados de la medición (VCO₂, RER elevado).
 - Ingerir algún alimento en las 2-3 horas anteriores. Para prevenir hipoglucemias no realizar la prueba tras ayuno prolongado.
 - No fumar ni realizar actividad física intensa o inhabitual en las doce horas anteriores.
 - Traer ropa y calzado deportivo.
- Prevenir posibles caídas del paciente.
- El paciente no podrá comunicarnos verbalmente cómo se encuentra, por lo que debemos estar continuamente pendientes e instruirle previamente para que nos avise ante cualquier incidencia.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Limpieza del Neumotacógrafo:
 - Sumergirlo en una batea con agua y moverlo cuidadosamente hacia delante y hacia atrás.
 - Después usar un desinfectante y aclararlo de nuevo.
 - No exponer directamente a un chorro fuerte de agua.
 - No manipular el interior.
 - Evitar temperaturas superiores a 60°C.
 - Dejar secar al aire. No introducir nada para limpiarlo.
- Limpieza del tubo de deshidratación de gas: Tras cada uso dejar secar al aire.
- Retirar con cuidado los tubos de sus conexiones.
- Resto de material limpiar de manera habitual y dejar secar al aire.
- Comprobar esterilidad, caducidad y funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.
- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

	SECTOR ZARAGOZA I ERGOMETRÍA CON CONSUMO DE OXIGENO: ERGOESPIROMETRÍA	Z1-NSG-PO-1837 Revisión: A Página 1120 de 1152
---	---	--

REGISTRO

- Registrar en la documentación el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal. [ANEXO 1836-I](#)

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de instrucciones PowerCube-Ergo. GANSHORN MEDIZIN ELECTRONIC. 2009; 3: 140-224.
- Sánchez V, Martínez A, López MI. La prueba de esfuerzo en el paciente con cardiopatía isquémica. Rev: Enfermería Clínica. 2003; 1383: 180-187.
- MJ, Ribera A, Colomer M et Coll R. Guía de rehabilitación cardiaca. Ed. Esmon publicidad SA. 2015; 8-9.
- Fundación española del corazón. [Internet] [Acceso junio 2018]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodosdiagnosticos/ergometria.html>
- Cid-Juárez S, Miguel-Reyes JL, Cortés-Télles A, Gochicoa-Rangel L, Mora-Romero UJ et al. Prueba cardiopulmonar de ejercicio. Recomendaciones y procedimiento. NeumolCirTórax. 2015; 74.

ANEXO 1836-I

CHECK-LIST

ETIQUETA

Fecha: _____

Cardiólogo: _____

Enfermera: _____

Año/nº: _____

- PREVIO A LA PRUEBA:

- ☐ Comprobación carro paradas, y encendido de ergómetro.
- ☐ Comprobar datos del paciente
- ☐ Consentimiento informado.
- ☐ Registro del paciente: - Base de datos . - programa de ergo.
- ☐ Breve entrevista, estado clínico, toma de fármacos.
- ☐ Preparación del paciente:
 - rasurado y preparación de piel
 - colocación de electrodos (+ malla de sujeción)
- ☐ Toma de TA basal.
- ☐ Instrucción sobre mecánica de la prueba.

- DURANTE LA PRUEBA:

- ☐ Realización de la ergometría
- ☐ Control permanente y monitorización del paciente durante la prueba.
- ☐ Toma de constantes según protocolo seleccionado.

- POSTERIOR A LA PRUEBA:

- ☐ Toma constantes fase de recuperación.
- ☐ Retirada de electrodos y cables.
- ☐ Limpieza y desinfección material.
- ☐ Realización de informe de ergometría.
- ☐ Introducción datos obtenidos en programa informatizado
- ☐ Cálculo frecuencias cardíacas de entrenamiento

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 09/2018	Fecha: 09/2018	Fecha: 09/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Acin Miguel, Teresa Beltrán Vicente, Estela Carnicer Navarro, M ^a Angeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA	Z1-NSG-PO-1838 Revisión: A Página 1123 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

IMC	INDICE DE MASA CORPORAL
MCP	MARCAPASOS
DAI	DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTADO

DEFINICIÓN

La biomedancia es un examen rápido, seguro e indoloro que permite conocer la composición corporal de una persona midiendo la resistencia que el cuerpo opone al paso de una corriente (Ley de Ohm).

OBJETIVOS

- Evaluar el peso, IMC, masa grasa, masa magra, masa muscular y variaciones del agua corporal entre otros parámetros, considerando edad y sexo.
- Hacer un diagnóstico más exacto del exceso de peso permitiendo diferenciar el % de grasa y musculo de cada paciente y la variación del mismo.

ALCANCE

- Oncología: desnutrición
- Nefrología: monitorización del agua corporal
- Diabetología: sobrepeso y obesidad
- Insuficiencia cardiaca:
 - Detección caquexia cardiaca (implicaciones pronósticas)
 - Control del agua intracelular y extracelular
- Rehabilitación cardiaca: disminución de masa grasa manteniendo y/o aumentando la masa muscular.
- Población con trastorno de la conducta alimentaria.
- Población general que precise conocer su composición corporal.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Bioimpedancia SECA Mbca 515.

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente no lleve:
 - Dispositivos electrónicos (MCP, DAI)
 - Prótesis activas (Manos robóticas, etc).
 - Sistemas electrónicos conectados (pulmón artificial)
 - Dispositivos electrónicos portátiles conectados (Holter)
- Pedir al paciente que se quite calzado y calcetines antes de subir a la máquina.
- Colocar pies y manos en los sensores.



- Introducir datos del paciente.
- Pedir al paciente que debe permanecer sin moverse durante el análisis.
- Realizar bioimpedancia.
- Seguir las indicaciones que marca el aparato.

- Recoger el material.
- Limpieza de las zonas de contacto de la máquina
- Gestión de residuos
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Comprobar que el paciente no es portador de dispositivos electrónicos.
- No se podrá realizar si el paciente sufre amputación de alguna extremidad y/o enfermedad hiperqueratósica.
- Vigilar la adecuada colocación del paciente.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería los resultados obtenidos. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Bosity-Westphal A, Schautz B, Later W, Kehayias JJ, Gallagher D. What makes a BIA equation unique? Validity of eight-electrode multifrequency BIA to estimate body Composition in a healthy adult population. Eur J Clin Nutr 2013; 67: 14-21.
- S Peine, S Knabe, I Carrero, M Brundert, J Wilhelm, A Ewert, U Denzer, B Jensen and P Lilburn; Generation of normal ranges for measures of body composition in adults based on bioelectrical impedance analysis using the secamBCA; International Journal of Body Composition Research 2013; 11: 67-76.
- Bosity-Westphal A, Jensen B, Braun W, Pourhassan M, Gallagher D, Müller MJ. Quantification of whole-body and segmental skeletal muscle mass using phase-sensitive 8-electrode medical bioelectrical impedance devices. Eur J Clin Nutr. 2017 Mar 22.
- Norman K, Stobäus N, Pirlich M, Bosity-Westphal A. Bioelectrical phase angle and impedance vector analysis e Clinical relevance and applicability of impedance parameters. Clinical Nutrition 2012; 2-8.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ELECTROENCEFALOGRAMA

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Sánchez Vallespín, Ana Pilar Pamplona Calejero, Elena Gavín González, Rosa	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ELECTROENCEFALOGRAMA	Z1-NSG-PO-1839 Revisión: A Página 1127 de 1152
---	--	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

EEG	ELECTROENCEFALOGRAMA
cc	CENTÍMETROS CÚBICOS
Nº Hª Ca	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
HVI	HIPERVENTILACIÓN INICIO
HVF	HIPERVENTILACIÓN FIN

DEFINICIÓN

El electroencefalograma es una prueba funcional cerebral, que nos permite detectar la actividad eléctrica de la corteza cerebral y, por tanto, nos posibilita el estudio de cualquier anomalía en su funcionamiento.

OBJETIVOS

- Obtención de un registro válido de la actividad eléctrica de la corteza cerebral.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente susceptible de necesitar la realización de un EEG.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Aparato EEG
- Gorro de EEG
- Jeringas de 10cc
- Aguja especial de EEG
- Gel conductor
- Detergente IVORY
- Hisopo de Algodón

EJECUCIÓN

Preparación del paciente

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- La tarde anterior lavar la cabeza con agua y jabón y secar bien.
- Antes de colocar el gorro, impregnar una gasa en alcohol y frotar la cabeza del paciente para limpiar posibles impurezas.
- Elegir el gorro adecuado a la cabeza del paciente (rojo: grande, amarillo: pequeño).
- Ajustar el gorro de tal manera que haga buen contacto con el cuero cabelludo del paciente.
- Sujetar el gorro con el arnés.
- Conectar el cableado del gorro al cableado de la caja del EEG.
- Cargar dos jeringas de 10 cc con gel conductor.
- Colocar la aguja especial para EEG.
- Insertar el gel conductor en cada uno de los orificios de los electrodos del gorro.
- Realizar movimientos oscilantes con la aguja sobre el cuero cabelludo para que el gel contacte adecuadamente. En el apartado 12, se comprobará que este paso se ha realizado correctamente valorando las impedancias de los distintos electrodos.

- Colocar 2 electrodos cardiacos para registrar la actividad cardiaca:
 - 2º espacio intercostal derecho, línea media claviclar (ECGR).
 - 5º espacio intercostal izquierdo, línea medio claviclar (ECGL).

Preparación del material

- Conectar el aparato a la corriente eléctrica y a la toma de red.
- Encender el aparato con el interruptor frontal de la torre y pantalla, en caso de que no se encienda solo.
- Escribir la contraseña.
- Automáticamente se abrirá una pantalla con el programa y la lista de los pacientes a los que se les ha realizado EEG.
- Seleccionar arriba izquierda: Test nuevo⇒ Nuevo paciente⇒ Siguiente.
- Rellenar los datos de identificación del paciente (ID). Se pondrá el número de Historia Clínica (Nº Hª Cª)⇒Siguiente.
- Rellenar los datos de información del test. Tipo:
 - EEG rutinario.
 - Requerido: Dr. (Facultativo que corresponda).
 - Medicación: poner sólo la neurológica.
 - Estado: consciente, comatoso, etc.
- Rellenar los datos de identificación del test (poner Nº Hª Cª)⇒ Finalizar.
- Aparecerá en pantalla un listado de pacientes:
 - Seleccionar el paciente actual, que aparece en azul.
 - Hacer doble clic en GRABAR de la columna de la derecha.
 - Por defecto, la fecha que pone es la del 1/1/1970. Al finalizar el test, se corrige y se pone la del día actual automáticamente.
- Aparece pantalla de red. Clicar ACEPTAR.
- Colocar el gorro al paciente de la manera descrita anteriormente.
- Pulsar sobre el icono Ω y seleccionar el umbral de Impedancia a 20.0 Kohmios. Aparecerá una pantalla con todas las derivaciones.
 - Deberán aparecer en color verde y con cifras de impedancia menores de 20.
 - En caso de estar en rojo, tendremos que insistir con la aguja roma sobre el cuero cabelludo con movimientos oscilantes e introducir el gel conductor sobre el electrodo que no capte adecuadamente. Para el montaje AVERAGE las derivaciones que utilizaremos son las siguientes:

C3	Fp2
C4	P3
O1	P4
O2	Pz
Cz	T3
F3	T4
F4	T5
F7	T6
F8	ECGL
Fz	ECGR
Fp1	REF

- El resto continuarán en rojo y no se necesitarán para este montaje. En la caja, las luces inicialmente están verdes y cuando alcanzan el nivel de impedancia se apagan.
- Cuando todo esté correcto pulsar sobre el botón INICIAR.
- Aparecerá la pantalla con los canales de EEG.

- En el panel de la derecha clicar en **FORMATO**, con los siguientes parámetros (una vez fijados no hace falta modificarlos posteriormente, ya que salen por defecto esos cambios guardados):
 - Montaje: Average
 - Canal: 26
 - Sensibilidad: 70
 - Corte alto: 30
 - Corte bajo: 0.500
- Seleccionar **FILTRO DE RED** (se pone en color verde al clicar).
- En el montaje **AVERAGE** aparecerán los siguientes canales:

Fp1 AvG	F7 AvG	T5 AvG	P3 AvG	Fz AvG
Fp2 AvG	F8 AvG	T6 AvG	P4 AvG	Cz AvG
F3 AvG	T3 AvG	C3 AvG	O1 AvG	Pz AvG
F4 AvG	T4 AvG	C4 AvG	O2 AvG	ECGL-ECGR

- Preparar la cámara de vídeo. Comprobar que está conectada y dirigirla manualmente para enfocar al paciente. De esta manera, se podrá obtener un registro visual del paciente durante la prueba.
- Comenzar a registrar el EEG.
- En la pantalla aparecerá la frase **"SIN GRABAR"** en color blanco. Esto indica que todavía no está grabando el registro. Para comenzar a grabar, pulsar sobre el icono de **"GRABACIÓN"** (recuadro de color rojo) y automáticamente desaparecerá la frase (SIN GRABAR). En ese momento comenzará a grabarse el registro.
- Se podrá comprobar el tiempo de grabación en la parte inferior derecha de la pantalla: **"RECORDED TIME"**.
- El procedimiento de registro habitual será de aproximadamente 10-15 minutos:
 - 30 segundos con ojos abiertos.
 - 7 minutos con ojos cerrados.
 - 4 minutos hiperventilación (sólo en pacientes conscientes y sin respirador ni dificultades respiratorias).
 - 2 minutos post-hiperventilación/ Recuperación.
 - 2 minutos combinando ojos abiertos/ojos cerrados.
- Comenzar 30 segundos con los ojos abiertos y pulsar sobre la opción **"OJOS ABIERTOS"**. Decir al paciente que los mantenga abiertos intentando no parpadear y con la boca entreabierta para que esté lo más relajado posible y no haya artefactos en el registro.
- Decir al paciente que cierre los ojos suavemente y se mantenga relajado. Pulsar sobre **"OJOS CERRADOS"** y registrar durante 7 minutos. Si mueve mucho los párpados pedirle que se los sujete suavemente con los dedos o hacerlo nosotros si el paciente no es capaz.
- Comenzar con la hiperventilación (sólo en pacientes conscientes y sin respirador ni dificultades respiratorias). Pulsar sobre **"HVI"** (hiperventilación inicio) y decir al paciente que inspire y espire por la boca de manera profunda, con los ojos cerrados y la boca entreabierta. Registrar durante 4 minutos. En el registro veremos un enlentecimiento de las ondas cerebrales y una línea continua verde encima del registro.
- Pedir al paciente que respire de forma habitual. Clicar sobre **"HVF"** (hiperventilación fin) y dejar 2 minutos post-hiperventilación para que el paciente recupere su estado habitual. Sobre el registro la línea continua se ve verde oscuro.

- Registrar 2 minutos alternado entre ojos abiertos/ojos cerrados indicando al paciente y clicando cada opción más o menos en cada inicio de pantalla.
- Cerrar la ventana del registro (botón "X"). El registro de EEG ha concluido.
- Aparecerá una pantalla con los registros realizados previamente y con el registro recién acabado con una marca morada que indica que se está guardando. No apagar ni desconectar el aparato de EEG hasta que la marca morada desaparezca.
- Retirar al paciente el gorro y limpiar los retos de pasta conductora que hayan podido quedarle.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

Informe

- Sacar el informe, se debe clicar en Equipo ⇒ Datos (D:) ⇒ Local DB ⇒ Documents ⇒ temp ⇒ Informes.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Suprimir la hiperventilación en caso de que el paciente no pueda realizarla y alargar el paso previo a 10 minutos.
- En pacientes con bajo nivel de conciencia, realizar:
 - Un *estímulo doloroso*: anotar zona y hemicuerpo donde se realiza el estímulo que deberá abarcar ambos hemicuerpos de forma alterna. Repetir 2 veces con intensidad variable según el nivel de conciencia del paciente, con un intervalo de 30 segundos de duración entre ellos.
 - Un *estímulo acústico*: dar un golpe con 2 bateas metálicas. Se realizan tres veces con un intervalo de 30 segundos de duración entre ellos.

CUIDADO DEL MATERIAL

Limpieza y mantenimiento del gorro electrocap:

- Los gorros se deben limpiar después de cada uso.
- Utilizar únicamente detergente adecuado para lavar los gorros. Otros jabones y detergentes dejan una película residual en el metal del electrodo que genera impedancias excesivamente altas y artefactos de electrodos.
- No lavar gorros de distinto color juntos. La malla de colores de los gorros puede desteñir durante los primeros lavados.
- Antes de lavar un gorro siempre desabrochar y quitar las correas de fijación al arnés.
- Lavar aparte las correas de sujeción debido a que el material es más grueso.

Lavado del gorro

- Soltar las correas.
- Llenar un recipiente con agua corriente tibia y añadir alrededor de 5cc de jabón por cada 5 litros de agua.
- Sumergir el gorro en agua unos minutos.
- Evitar que el conector se moje.

- Limpiar el gel de los electrodos con un hisopo de algodón. Otro método es poner cada electrodo bajo el grifo para que lo limpie la presión del agua.
- Aclarar.
- Secar el gorro suavemente con una toalla.
- Colgar el gorro y poner por encima los cables y el conector para evitar que el agua que escurra del gorro lo dañe.
- Colocar las correas de sujeción después de secar el gorro.
- Una vez al mes, limpiar los discos de metal de los electrodos a fondo con un destornillador de tamaño adecuado para eliminar óxido o restos de gel que pudieran haberse acumulado.
- Los gorros se secan en aproximadamente 1 hora. Si no hay tiempo suficiente para el secado al aire:
 - Secar con una toalla y, aunque el gorro pueda resultar húmedo al tacto, estará lo suficientemente seco para su utilización.
 - Usar un secador de pelo pero a una temperatura suave para no dañar el material elástico.

Desinfección del gorro:

- Lavar el gorro antes de la desinfección.
- Utilizar un desinfectante para instrumental, tipo Instrunet EZ®. Utilizar según indicaciones del fabricante.
- Evitar que el conector se moje en la solución desinfectante.
- Lavar el gorro con jabón, después de la desinfección y enjuagar bien para eliminar la solución de desinfección.
- No esterilizar los gorros en autoclave de vapor.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.
- Registrar cualquier observación y/o complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Vigara E., Carrasco C., Gómez-Martínez A., Martínez-Robledo A.E., Ródenas-Martínez E., Marín-Sánchez A. Actuación de enfermería en un servicio de neurofisiología clínica. [Internet] Enfermería Global. 2006. [Acceso enero 2018]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834737020>
- Talamillo-García T. Manual básico para enfermeros en electroencefalografía. Enfermería docente 2011; 94: 29-33. [Internet] [Acceso enero 2018]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-094-07.pdf>
- Tejeiro J. Manual de electroencefalografía clínica básica. Ed. Viguera. [Internet] [Acceso enero 2018]. Disponible en:
<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18139/Actuacionelectroencefalograma.pdf>

TÉCNICAS DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PESO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 11/2017	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Martínez Planas, Isabel Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Fig	FIGURA
KG	KILOGRAMOS
IMC	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
M	METROS

	SECTOR ZARAGOZA I TÉCNICA DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PESO	Z1-NSG-PO-1840 Revisión: A Página 1135 de 1152
---	---	--

DEFINICIÓN

Técnica de Enfermería encaminada a conocer con la mayor exactitud y precisión posible la masa del paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

OBJETIVOS

- Valorar el estado nutricional y de salud del paciente.
- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Diagnóstico precoz de posibles recaídas.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

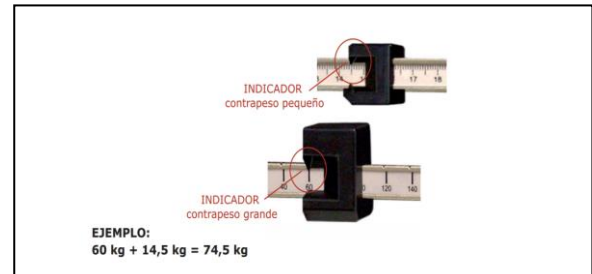
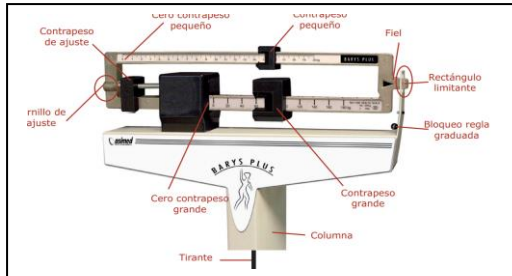
- Báscula con tallímetro incorporado
- Papel de celulosa
- Calculadora

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verificar que la báscula esté en las condiciones óptimas para su correcto uso:



- Asegurar que la báscula está en una superficie plana, horizontal y firme.
- Comprobar el correcto calibrado de la báscula. Colocar ambos contrapesos (pequeño y grande) en los ceros correspondientes. El fiel debe moverse libremente hacia arriba y hacia abajo sin tocar ningún extremo del rectángulo limitante. Si el fiel no se desplaza a la misma distancia, mover el contrapeso de ajuste de la regla graduada con un destornillador hasta su corrección y que el fiel quede centrado.



• **Control de peso en pacientes en programa de hospitalización completa**

- Pesar a primera hora de la mañana en ayunas, con la frecuencia prescrita por el facultativo.
- El paciente debe miccionar antes de pesarse. Acompañar al baño de su habitación para su verificación.
- Informar al paciente de que se desnude, quedándose en ropa interior.
- Indicar que se quite el calzado.
- Indicar que se quite elementos que pudieran distorsionar el peso (Pulseras, colgantes, etc).
- Colocar papel de celulosa en la plataforma.
- Colocar al paciente siempre de espaldas al peso.
- Indicar que se suba a la báscula, en el centro de la plataforma.
- Indicar que se mantenga erguido, los talones juntos y con las puntas separadas. Los brazos, hacia los costados y holgados, sin ejercer presión. Mantener la cabeza firme y mantener la vista en un punto fijo.
- Indicar que no se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso.
- Proceder a la medición, situándonos siempre detrás de la báscula.
- Deslizar el indicador de contrapeso grande coincidiendo con los dígitos de los kilogramos (Kg) elegidos. Graduaciones de 20 Kg. Colocar en la muesca correspondiente.
 - Si el fiel baja, colocar el contrapeso al número inmediato inferior.
 - Si el fiel sube, colocar el contrapeso al número inmediato superior.
- Deslizar el contrapeso pequeño hasta que el fiel quede nivelado y no oscile, quedando en el centro del rectángulo limitante. Graduaciones de 100 Kg.
- Realizar la lectura, sin moverse del sitio, sumando la cifra que indica el contrapeso grande y la del contrapeso pequeño. Lectura de la medición en kg.
- Deslizar los contrapesos hasta sus posiciones iniciales, así evitaremos que el paciente pueda descifrar su peso.
- Indicar al paciente que baje de la báscula.
- Dejar la báscula nivelada.
- Registrar la cifra.
- Calcular y registrar el índice de Masa Corporal (IMC), mediante la fórmula:
- $\text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$
- No transmitir nunca el peso del paciente, a no ser que sea bajo prescripción facultativa. Será el facultativo quién comunique esta información.

Control de peso en pacientes en programa de hospitalización parcial (Hospital de día) y consulta de enfermería ambulatoria:

- Pesar al paciente una vez a la semana, generalmente el lunes a primera hora (hospitalización parcial) o en el mismo momento de la consulta de Enfermería ambulatoria.
- Pesar al paciente vestido, intentando que sea siempre la misma ropa, retirando ropa de abrigo (cazadoras, sudadera, etc).
- Indicar que se quite el calzado.
- Indicar que se quite elementos que pudieran distorsionar el peso (pulseras, colgantes, cinturón, etc).
- Colocar papel de celulosa en la plataforma.
- Colocar al paciente siempre de espaldas al peso.
- Indicar que se suba a la báscula, colocándose en el centro de la plataforma.
- Indicar que se mantenga erguido, los talones juntos y con las puntas separadas. Los brazos, hacia los costados y holgados, sin ejercer presión. Mantener la cabeza firme y mantener la vista en un punto fijo.
- Indicar que no se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso.
- Proceder a la medición, situándonos siempre detrás de la báscula.
- Deslizar el indicador de contrapeso grande coincidiendo con los dígitos de los kg elegidos. Graduaciones de 20 Kg. Colocar en la muesca correspondiente.
 - Si el fiel baja, colocar el contrapeso al número inmediato inferior.
 - Si el fiel sube, colocar el contrapeso al número inmediato superior.
- Deslizar el contrapeso pequeño hasta que el fiel quede nivelado y no oscile, quedando en el centro del rectángulo limitante. Graduaciones de 100 Kg.
- Realizar la lectura, sin moverse del sitio, sumando la cifra que indica el contrapeso grande y la del contrapeso pequeño. Lectura de la medición en kg.
- Deslizar los contrapesos hasta sus posiciones iniciales, así evitaremos que el paciente pueda descifrar su peso.
- Indicar al paciente que baje de la báscula.
- Dejar la báscula nivelada.
- Registrar la cifra.
- Calcular y registrar el índice de Masa Corporal (IMC), mediante la fórmula $\text{Peso (KG)} / \text{altura (M}^2\text{)}$
- No transmitir en ese momento el peso al paciente ingresado en Hospital de día o consulta de Enfermería ambulatoria. Dicha información se facilitará en consulta de enfermería tras una correcta valoración global del paciente.
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I TÉCNICA DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PESO	Z1-NSG-PO-1840 Revisión: A Página 1138 de 1152
--	---	--

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- En ocasiones se puede pautar, pesaje aleatorio en día y hora, para que el paciente desconozca dicho momento.
- Comprobar si en el momento del peso, el paciente haya podido esconder objetos dentro de la ropa interior para manipular el mismo.
- Comprobar que antes del peso el paciente no haya ingerido líquidos.
- Si la báscula cambia de lugar, habrá que revisarla para una correcta calibración.
- Posibles errores de peso:
 - Balance de la regla graduada en ceros: Si la regla graduada no detiene el fiel en el centro del rectángulo limitante cuando ambos contrapesos están en ceros. Habrá que verificar que los contrapesos estén ajustados en la muesca del cero correspondiente. Si es necesario ajustar girando el tornillo de ajuste.
 - El brazo basculante no se mueve libremente: El fiel toca con el rectángulo en algún punto de su recorrido. Habrá que alinear el brazo basculante.
 - La plataforma se balancea de manera excesiva o toca la base en alguna esquina. Habrá que subir y bajar del plato varias veces para que las piezas se asientan correctamente.
 - La regla graduada no se mueve en absoluto: Los contrapesos están colocados en un peso más alto que el real de la persona que se está pesando. Habrá que colocar los contrapesos en un peso más bajo.
 - Si la báscula cambia de lugar, habrá que revisarla para una correcta calibración.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del usuario Barys Plus/C báscula pesa personas. SIBEL S.A. Barcelona 2011.
- Clases fundamentos de Enfermería. Control de peso y talla. [Internet]. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com.es/2013/02/control-de-peso-y-talla.html>
- Técnicas de medición para la toma de peso y estatura. [Internet]. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/albergues/medicion_peso_talla.pdf

TÉCNICA DE MEDICIÓN **ANTROPOMÉTRICA: TALLAJE**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 01/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
Cano Latorre, Alejandra Martín Calvo, Virginia Martínez Planas, Isabel Tomeo Ferrer, Mónica Yagüe López, Rocío	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	M ^a Luisa Martínez López

	SECTOR ZARAGOZA I TÉCNICA DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA: TALLAJE	Z1-NSG-PO-1841 Revisión: A Página 1140 de 1152
---	--	--

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

ABREVIATURAS

Fig	FIGURA
IMC	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
KG	KILOGRAMOS
M ²	METROS AL CUADRADO
CM	CENTÍMETROS

DEFINICIÓN

Técnica de Enfermería encaminada a conocer con la mayor exactitud y precisión posible la talla del paciente.

OBJETIVOS

- Ser un indicador fiable junto con el peso para valorar el estado nutricional y de salud del paciente.

ALCANCE

Dirigido a todo paciente que requiera la utilización de esta técnica.

PERSONAL

- Enfermera
- TCAE

MATERIAL

- Báscula con tallímetro incorporado
- Papel de celulosa
- Calculadora

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Preparar el material necesario.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)
- Verificar que el tallímetro esté en las condiciones óptimas para su correcto uso:



- Asegurar que la báscula-tallímetro está en una superficie plana, horizontal y firme.
- Verificar que el tallímetro está en posición vertical.

- Tallar a primera hora de la mañana del día posterior al ingreso.
- Tallar el primer día de consulta en pacientes ambulatorios.
- Tallar al paciente en ropa interior (sólo en pacientes de hospitalización completa) ya que a la vez se le realizará el pesaje.
- Indicar que se quite el calzado.
- Colocar papel de celulosa en la plataforma.
- Colocar al paciente siempre de espaldas al tallímetro.

- Indicar que se suba a la báscula-tallímetro, colocándose en el centro de la plataforma.
- Indicar que se mantenga erguido, los talones juntos y con las puntas separadas. Los brazos, hacia los costados y holgados, sin ejercer presión. Mantener la cabeza firme y mantener la vista en un punto fijo.
- Indicar que no se mueva para evitar oscilaciones en el tallaje.
- Levantar el tallímetro por encima de la altura del paciente.



- Girar el indicador 90 grados.
- Bajar el indicador hasta rozar la cabeza del paciente.
- Tomar la medición correcta desde la flecha indicadora READ.
- Indicar al paciente que baje de la báscula-tallímetro.
- Dejar el tallímetro correctamente colocado en su posición inicial.
- Registrar la cifra.
- Calcular y registrar el índice de Masa Corporal (IMC), mediante la fórmula:
$$\text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES



- Si la báscula-tallímetro cambia de lugar, habrá que revisarla para una correcta colocación.
- El tallímetro está preparado para realizar mediciones desde 75cm hasta 200cm. Para realizar mediciones inferiores a los 103 cm debe desbloquearse el tope, a partir de ese instante la medición correcta se tomará desde el indicador del tallímetro.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Comprobar funcionamiento de todos los materiales a emplear en la técnica.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de Enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual del usuario Barys Plus/C báscula pesa personas. SIBEL S.A. Barcelona 2011.
- Clases fundamentos de Enfermería. Control de peso y talla. [Internet]. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
<http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com.es/2013/02/control-de-peso-y-talla.html>
- Técnicas de medición para la toma de peso y estatura. [Internet]. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/albergues/medicion_peso_talla.pdf

MEDICIÓN DEL VOLUMEN VESICAL CON ECÓGRAFO

Elaborado	Revisado	Aprobado
Fecha: 02/2018	Fecha: 05/2018	Fecha: 05/2018
Grupo	Comisión	Dirección de Enfermería del HNSG
López López Ma Carmen Pérez Milla Ma Ángeles	Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia	Ma Luisa Martínez López

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DEL VOLUMEN VESICAL CON ECÓGRAFO	Z1-NSG-PO-1842 Revisión: A Página 1145 de 1152
--	---	---

HISTORIAL DE REVISIONES

ID. REVISIÓN	FECHA: mm/aaaa	REVISADO	PRÓXIMA REVISIÓN (mm/aaaa)

DEFINICIÓN

Determinación del volumen de orina en vejiga mediante tecnología de ultrasonido no invasiva.

OBJETIVOS

- Determinar la retención urinaria y/o retención post-operatoria.
- Reducir la cateterización innecesaria.
- Prevenir las infecciones asociadas al sondaje.

ALCANCE

Pacientes con necesidad de determinar del volumen de orina en vejiga mediante exploración ecográfica de vejiga.

PERSONAL

- Enfermera

MATERIAL

- Hoja de recogida de datos [ANEXO 1842-I](#)
- Gel para ecografías
- Ecógrafo
- Guantes
- Toallitas para limpieza de la sonda

EJECUCIÓN

- Identificar al paciente.
- Informar al paciente y acompañante y fomentar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)
- Colocación de guantes. [PO-0902](#)

Medición vesical

- Antes de comenzar a usar el ecógrafo nos aseguraremos de que está codificado correctamente (nombre del centro, hora, etc).



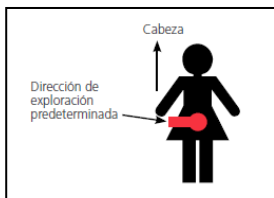
- Pulsar  para encender el ecógrafo.
- Comprobar que el nivel de batería es superior al 25% (cambiar batería si es inferior).
- Seleccionar el modo de examen correspondiente:

- Seleccionar  para realizar una exploración a una mujer que no se haya sometido a una histerectomía.

o explorar a cualquier otro tipo de paciente.

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DEL VOLUMEN VESICAL CON ECÓGRAFO	Z1-NSG-PO-1842 Revisión: A Página 1147 de 1152
---	---	--

- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Palpar el hueso del pubis del paciente.



- Poner gel de ecografía 3 cm por encima del pubis (en la línea media abdominal), evitando burbujas.
 - Explorar al paciente desde el lado derecho. La sonda deberá señalar la posición en la que nos encontramos.
 - Colocar la sonda sobre el gel y enfocar la posición de la vejiga (normalmente hacia el cóccix). En pacientes obesos, se recomienda alejar la sonda del tejido adiposo y aplicar mayor presión.
- Enfocar la sonda y tener en cuenta que:
 - El punto de la parte inferior de la mira, representa los pies del paciente.
 - El punto superior de la mira, representa la cabeza del paciente.
 - El cuadrante superior izquierdo, representa el hombro derecho del paciente.
- Evitar espacios con aire entre la sonda/paciente mientras dure la exploración.
 - Pulsar el botón y sujetar firmemente la sonda durante la exploración, evitando cambios de posición, ángulo o presión (pueden producir cambios de presión en la medición).
 - Visualizar las partes de la vejiga en la pantalla de la consola durante el transcurso de la técnica.
 - Finalizar el examen tras la señal acústica.
- Comprobar si es correcto el enfoque y la presión ejercida tras la visualización de los resultados. [ANEXO 1842-II](#)
- Repetir exploración si fuese preciso.



Guardar datos del paciente

- Guardar una exploración, debemos grabar una nota. De lo contrario, se perderá el resultado de la exploración y la siguiente exploración sobreescribirá la anterior, en la que no se grabó ninguna nota.
- Grabar nota de voz  con todos los datos relevantes de la exploración, además de la filiación del paciente y nombre a la persona que realiza la prueba.
- Detener la grabación  (máximo 10 segundos).
- Pulsar  y repetir si fuera necesario (sólo si aún aparece el volumen vesical de nuestro examen).

Revisión e impresión

- Pulsar revisión  en la consola.
- Pulsar inicio  para repetir el examen al paciente.

 salud servicio aragonés de salud HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DEL VOLUMEN VESICAL CON ECÓGRAFO	Z1-NSG-PO-1842 Revisión: A Página 1148 de 1152
--	---	---

Eliminación de un examen guardado

- Pulsar  en la pantalla de inicio para abrir la pantalla de revisión.
- Pulsar  hasta seleccionar el examen deseado (icono de carpeta azul abierta).
- Pulsar .
- Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Limpieza y desinfección de la sonda según dictamen del fabricante.
- Recoger el material.
- Desechar los residuos.
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Plan_de_residuos_Sector_I_mppastor_11049.pdf
http://10.35.1.200/intranet/ficheros/Triptico_Residuos-10022010_mppastor_92815.pdf
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos. [PO-0901](#)

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Existe la opción de imprimir los resultados, pero actualmente esta opción no se contempla.

Precaución con:

- Pacientes sometidos a cirugía suprapúbica o pélvica (las grapas pueden afectar a la transmisión y la reflexión de los ultrasonidos).
- Paciente que lleve insertado un catéter en vejiga.
- Paciente con obesidad.

Contraindicado en:

- Pacientes con la piel o heridas abiertas en la región suprapúbica.
- Pacientes con ascitis.
- Pacientes embarazadas.

CUIDADO DEL MATERIAL

- Mantenimiento higiénico del material reutilizable según la normativa del centro.

REGISTRO

- Registrar en la documentación de enfermería el proceso realizado. Motivo, fecha y hora e incidencias del proceso. Firma del personal.

	SECTOR ZARAGOZA I MEDICIÓN DEL VOLUMEN VESICAL CON ECÓGRAFO	Z1-NSG-PO-1842 Revisión: A Página 1149 de 1152
---	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de funcionamiento y mantenimiento Bladderscan BVI 9400 (2016). [Internet]. [Acceso febrero 2018]. Disponible en: <http://www.verathon.com>.
- TM Hooton, SF Bradley et al "Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated. [Internet]. [Acceso febrero 2018]. Disponible en: https://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/Guidelines-Patient_Care/PDF_Library/Comp%20UTI.pdf
- Urinary tract Infection in adults: 2009 International Clinical practice Guidelines from the Infectious diseases Society of America" Clinical Infectious Diseases 2010; 50:625–66. [Internet]. [Acceso septiembre 2016]. Disponible en:3. [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(15\)01157-9/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(15)01157-9/fulltext)
- M. Grabe, T.E. Bjerklund-Johansen et al "Guidelines on urological infections European Association of Urology" 2011. [Internet]. [Acceso febrero 2018]. Disponible en: [https://www.eusupplements.europeanurology.com/article/S1569-9056\(16\)30049-5/fulltext](https://www.eusupplements.europeanurology.com/article/S1569-9056(16)30049-5/fulltext)
- V. Geng, H. Cobussen-Boekhorst et al "Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care Catheterisation: Indwelling catheters in adults" European Association of Urology Nurses 2012. [Internet]. [Acceso febrero 2018]. Disponible en: <https://docplayer.net/56809806-Safe-and-effective-catheterisation-for-patients-in-the-community.html>

ANEXO 1842-I

HOJA RECOGIDA DATOS

 **BladderScan®**



HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

UBICACIÓN EQUIPO: UNIDAD DE GERIATRÍA

RESPONSABLE: SUPERVISORA DE GERIATRÍA

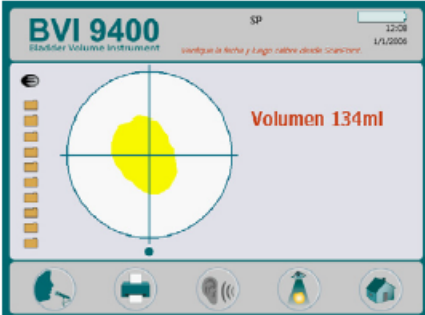
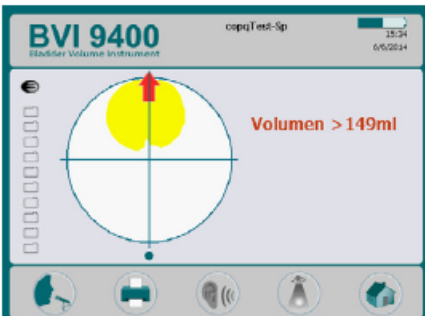
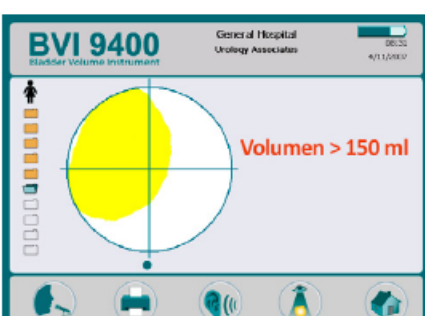


RECOGIDA DATOS BLADDERSCAN®

	UNIDAD	OPERADOR	PACIENTE/HISTORIA	FECHA	HORA	VOLUMEN	SONDAJE	
							SI	NO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								

ANEXO 1842-II

PRESIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA VEJIGA

RESULTADO	INDICADORES	EJEMPLO
Correcta	Si la exploración es correcta y el enfoque está centrado, en la pantalla de enfoque de la sonda se mostrarán ocho flechas. En la pantalla de la consola, la vejiga se mostrará en el centro de la mira.	
Descentrada	Si la exploración no es correcta o el enfoque está descentrado, en la pantalla de la sonda se mostrará una flecha (fija o intermitente) que indica la dirección en la que debe mover la sonda para enfocarla. Si la flecha no parpadea, significa que la sonda está ligeramente descentrada y se recomienda encarecidamente que la vuelva a enfocar y repita la exploración. Si en la sonda observa una flecha intermitente, debe volver a enfocarla y repetir la exploración. En ambos casos, la vejiga no se mostrará en el centro de la mira.	
Vejiga muy grande	Se indica que la vejiga es muy grande cuando más de una de las paredes vesicales queda fuera del cono de exploración. En los resultados de la exploración, es posible que aparezca el símbolo > incluso si la sonda indica que la exploración se ha llevado a cabo correctamente. Consulte la fila del resultado «Correcta» de esta misma tabla. Si se encuentra en esta situación, pruebe con una de estas acciones: - Ejerza menos presión con la sonda y repita la exploración. - Vuelva a enfocar la sonda y repita la exploración para asegurarse de que la vejiga está centrada. Consulte el resultado «Descentrada» de esta misma tabla.	
Interferencia del pubis	También puede mostrarse una pantalla en la que se indica que el hueso pubis se encuentra dentro del cono de exploración. En este caso, debe volver a enfocar la sonda y repetir la exploración. Aunque la vejiga se muestre en el centro del cono de exploración y que la exploración haya finalizado, es probable que el pubis haya tapado una parte de la vejiga. Si vuelve a enfocar la sonda y repite la exploración, puede asegurarse de captar toda la vejiga dentro del cono de exploración.	