MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Nº 090-2018-HCH/DG

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
El Presente Documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL
25 ABR. 2018
KATTY KAROLL TORRES QUIROZ
FEDATARIO TITULAR
R.D. Nº 250-2015-HCH/DG
TRAMITE INSTITUCIONAL

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 23 de Abril de 2018.

VISTO:

El Expediente Nº 6378-2018, que contiene el Informe Técnico N° 019-OGC-2018-HCH, de fecha 14.Mar.2018, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe N° 635-DE-HCH-2018, de fecha 08 de marzo de 2018, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, las cuales tienen por objetivos brindar atención integral, oportuna, efectiva y de calidad a los pacientes adultos; unificando criterios de intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes para prevenir complicaciones;

Que, mediante Informe Técnico N° 019-OGC-2018-HCH, de fecha 14 de marzo de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA V°B°

Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, asimismo, el artículo 58, literal d), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Enfermería: Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Que, el artículo 59 de la mencionada norma, establece entre las funciones del Servicio de Enfermería en Consulta Externa: Promover acciones educativas inherentes a las diversas estrategias sanitarias y programas institucionales emanados por el Nivel Central; programar y ejecutar educación sanitaria al usuario, familia y comunidad; y promover acciones que contribuyan a lograr la prevención de enfermedades y apoyar al control de epidemias, emergencias y desastres en el ámbito de referencia del hospital.

Que, por último, el artículo 60 del reglamento en mención, establece entre las funciones del Servicio de Enfermería en Medicina: Dar cumplimiento de las normas y procedimientos asistenciales y administrativos vigentes que se relacionen con el paciente

Que, la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, de fecha 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, se tiene que las Guías de Intervención son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de u procedimiento asistencial específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y técnicas de ejecución del procedimiento, para una apropiada y oportuna atención de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefe del Departamento de Enfermería, aprobando la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 249-2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las GUIAS GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, propuesta por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones de la Jefa del Departamento de Enfermería, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo Nº 007-2016-SA, la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial Nº 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA del Hospital Cayetano Heredia, propuesta por el Departamento de Enfermería, que a continuación se detallan:

- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Aspiración de Secreciones Oro y Nasofaringea.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Inserción de Catéter Venoso Periférico.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Nebulizaciones.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Pacientes Adultos con Oxigenoterapia.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Inserción de Sonda Vesical.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Transporte de Paciente No Crítico.
- Guía de Intervención de Enfermería en Prevención de Riesgo de Caídas en Pacientes Hospitalizados.

Por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encargar al Departamento de Enfermería proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Articulo 3°.- Disponer la Publicación de las referidas GUIAS, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

SCAM/BAIC/phng
Distribución:
( ) DG
( ) DE
( ) OGC
( ) OAJ
( ) Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9824

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ORO Y NASOFARINGEA

CODIGO : GPAE -003 **CPT 31720**

II DEFINICION:

Es la extracción de secreciones por medio de un catéter de aspiración a nivel oro y nasofaríngea. Es una técnica que consiste en la extracción de las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior por medio de succión.

Este procedimiento será realizado a través de:

- ✓ Cavidad oro o nasofaríngea
- ✓ Tubo de mayo

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar los cuidados de Enfermería en lo pacientes, sobre el procedimiento de aspiración de secreciones oro y nasofaríngea.
- ✓ Eliminación de secreciones de la vía aérea para facilitar la ventilación.
- ✓ Obtener la vía aérea libre de secreciones de los pacientes para permitir el intercambio adecuado de oxígeno y bióxido de carbono entre los pulmones y el exterior.
- ✓ Prevenir complicaciones e infecciones asociadas acumulo de secreciones.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

El 100% de los pacientes hospitalizados que tienen un vía aérea artificial (traqueotomía o TET) requieren aspiraciones de secreciones para garantizar la permeabilidad de la vía aérea porque corren el riesgo de adquirir infecciones de las vías respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones, las técnica de aspiración establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol traqueo bronquial.

El paciente intubado requiere una serie de cuidados de calidad. En todo paciente con intubación oro traqueal o una traqueotomía habrá que adoptar una serie de medidas encaminadas a prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), ya que constituye el 25% de las infecciones en el Hospital Cayetano Heredia 2017 que se producen en las unidades de cuidados críticos; aumentando la morbi-mortalidad y, por tanto, la estancia hospitalaria.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

Técnico de enfermería: Colaborador

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Incapacidad física y/o neurológica del paciente para eliminar secreciones de forma eficaz.
- ✓ Secreciones visibles o audibles, estertores o burbujeo audibles con o sin estetoscopio.
- ✓ Sensación referida por el paciente de la existencia de secreciones en su vía respiratoria.
- ✓ Saturación de oxigeno disminuida relacionada a la presencia de secreciones.

RELATIVAS

- ✓ Obtener muestra de esputo para análisis de laboratorio.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

No tiene

RELATIVAS

- ✓ Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- ✓ Laringoespasmos.
- ✓ Varices esofágicas.
- ✓ Cirugía traqueal.
- ✓ Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- ✓ Infarto al miocardio.
- ✓ Hemoptisis
- ✓ Epistaxis
- ✓ Fractura de base de cráneo
- ✓ Aneurisma cerebral.
- ✓ Epiglotitis

VI REQUISITOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: No requiere.

De acuerdo a la condición del paciente se informará al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar, beneficios, riesgos y posibles complicaciones.

VII RECURSOS MATERIALES

Materiales y medicamentos completos.

EQUIPO BIOMEDICO:

01 Aspirador de secreciones portátil con graduación de presión.
01 Pulsoximetro
01 Manómetro o flujometro de oxígeno.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE:

01 Riñonera estéril

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE:

01 Mascarilla descartable
01 Par de gafas protectores
01 Sonda de aspiración: Adultos: 12- 14, Pediátricos: 6-12
01 Par de guantes de examen
01 Bolsa de desecho
05 Unidades de gasa. 10 x 10

MEDICAMENTOS:

100 cc Frasco agua destilada o estéril.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIIENTO	FUNDAMENTO
1. Realice la higienización de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	1. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
2. Identifique al paciente.	2. La identificación inadecuada de pacientes es una causa de complicaciones asociadas a errores en la asistencia.
3. Verifique el funcionamiento del aspirador y sistema de administración de oxígeno. Regular el sistema de presión de vacío a: ✓ 120-150 mmHg adolescentes y adultos. ✓ 100-120 mmHg en niños ✓ 60-100 mmHg en lactantes ✓ 60-80 mmHg en neonatos	3. Detecta fallas en su funcionamiento previniendo eventos adversos.
4. Prepare y verifique los insumos médicos.	4. Ahorra tiempo y energía.
5. Explique el procedimiento al paciente si está consciente y/o familiar.	5. Permite la colaboración, reduce ansiedad y fomenta la relajación del paciente.
6. Realice higiene de manos, Colóquese las barreras de protección: mascarilla, gafas Y mandil.	6. Medida de bioseguridad para el operador.
7. Valore y controle funciones vitales: Saturación, frecuencia cardiaca - respiratorio.	7. Permite detectar alteraciones de los signos vitales.
8. Coloque al paciente en posición semi-Fowler con ayuda del personal técnico, si no existe contraindicación: ✓ En semi-Fowler con la cabeza lateralizada cuando la aspiración es por boca. ✓ Con el cuello en hiperextensión cuando la aspiración es por fosas nasales. ✓ En posición de decúbito lateral si el paciente esta inconsciente.	8. Reduce el reflejo nauseoso, proporciona comodidad al paciente. -Favorece el drenaje de las secreciones y previene riesgos de aspiración.
9. Arme el equipo de aspiración. -Inserte a la conexión de salida del aspirador con la sonda de aspiración protegiéndolo con el empaque de presentación.	9. Realizar con técnica aséptica evita la diseminación de gérmenes y contaminación del insumo y equipos
10. Realice higiene de manos clínico, según R.M. Nº 255-2016/MINSA, cálcese guantes limpios.	10. Disminuye la contaminación de microorganismos e infecciones cruzadas. -Medida de bioseguridad para el operador.
11. Mide la longitud de la sonda a introducir ✓ Naso faríngeo, distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz del paciente (si la aspiración es por fosas nasales). ✓ Orofaríngea, distancia entre el lóbulo auricular y la comisura labial del paciente (si la aspiración es por boca).	11. Evita lesionar la mucosa, permite conocer la longitud de la sonda que ingresara al orificio.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · V°B°

12. Humedezca la punta de la sonda con agua estéril.	12. Facilitará el desplazamiento de la sonda de aspiración a los orificios.
13. Tome la sonda con la mano diestra y el aspirador con el control de succión en la mano menos diestra. Tiempo de aspiración no mayor de 15 segundos, con intervalo de 1 minuto.	13. Facilita el progreso de la sonda a través del tubo.
En caso Orofaríngea 14. Introduzca suavemente la sonda, por uno de los laterales de la boca del paciente y dirigirla hacia la parte posterior de la orofaríngea sin aspirar.	14. Evita la lesión de la mucosa respiratoria superior.
En caso Nasofaríngea 15. Si la aspiración es por fosas nasales introduzca suavemente la sonda por uno de los orificios nasales. Dirigirla por el centro del suelo de la cavidad nasal.	15. Evita la lesión de la mucosa respiratoria superior.
16. Aspire intermitentemente (con el control de succión) retirando la sonda con suavidad. (puede realizarse las veces que sea necesario observando la ventilación del paciente).	16. Facilita el progreso y la aspiración de la sonda.
17. Una vez concluida la técnica compruebe que los movimientos respiratorios sean normales y se verifiquen su permeabilidad. -Evalué saturación de oxígeno al paciente, frecuencia respiratorio.	17. Permite identificar alteraciones en el patrón respiratorio. -El uso de pulsoximetro es recomendable en situaciones donde la oxigenación del paciente puede ser inestable.
18. Evalúe la necesidad de repetir el procedimiento.	18. La aspiración debe realizarse en función de presencia de secreciones y nunca de forma rutinaria.
19. Limpie el sistema de succión con agua estéril.	19. Evita que los residuos de secreciones obstruyan la sonda de aspiración y se mantenga permeable.
20. Retírese los guantes, Deseche el material de acuerdo a lo estipulado Resolución Ministerial N° 554 - 2012 Gestión y Manejo Residuos Sólidos	20. Evita contaminación del ambiente.
21. Coloque al paciente en posición cómoda.	21. Favorece al confort del paciente.
22. Realice la higiene de manos.	22. Para reducir contaminación. Disminuye la proliferación de microorganismos.
23. Registre el procedimiento realizado en las notas y kardex de enfermería.	23. Documenta el procedimiento de enfermería, permite al personal de enfermería la próxima intervención.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · V°B° · OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ASPIRACION DE SECRECCIONE.

COMPLICACIONES	ACCIONES
Desaturación por debajo de 85%. Según oximetría.	1. Administre oxigeno por cánula binasal, de ser necesario realice al menos cinco insuflaciones con el respirador manual conectado a un flujo de oxígeno al 100% 2. En el caso de estar conectado a un ventilador, podemos cambiar la FIO_2 al 100%.
Extubacion accidental	1. Verifique la extubacion. 2. Inicie ventilación a presión positiva con bolsa de reanimación 3. Informe al médico asistente. 4. Prepare equipo para reintubación
Hemorragia por erosión	1. Suspenda el procedimiento. 2. Informe al médico asistente
Reflejo Vagal: arritmia cardiaca, bradicardia, paro cardio respiratorio	1. Suspenda el procedimiento. 2. Inicie RCP 3. Solicite asistencia del médico asistente

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

X. BIBLIOGRAFIA

1. Oña C. Plan de capacitación sobre técnicas de aspiración de secreciones y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes intubados de la unidad de cuidados intensivos del hospital provincial general docente. Riobamba Ambato; 2017.

2. Núñez O. Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, México. Revista CONAMED. Vol. 20, Núm. 4. 2015.

3. Blázquez V, Fresno C. Aspiración de secreciones de la vía aérea. Madrid.Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Vol 3. Febrero. 2013

4. Villamón N. Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención deNeumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente.España. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Vol. 38, pág. 102-117. Abril 2015. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/clinica5.pdf

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

XI ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONE			
FECHA: HORA DE INICIO : HORA DE TERMINO:			
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1. Realiza la higiene de manos.			
2. Verifica el funcionamiento del aspirador y sistema de administración de oxígeno. Regula el sistema de presión vacío.			
3. Prepara y verifique los insumos.			
4. Explica el procedimiento al paciente si está consciente y/o familiar.			
5. Realiza higiene de manos Se coloca el equipo de protección personal (gorra, mandil no estéril, guantes no estériles y mascarilla).			
6. Controla funciones vitales: Saturación, frecuencia cardiaca - respiratorio.			
7. Coloca al paciente en posición semi-Fowler con ayuda del personal técnico, si no existe contraindicación			
8. Arma el equipo de aspiración con técnica aséptica.			
9. Realiza higiene de manos clínico, se calza los guantes limpios.			
10. Mide la longitud de la sonda a introducir.			
11. Humedece la punta de la sonda con agua estéril.			
12. Realiza la aspiración de secreciones según protocolo.			
13. Evalúa saturación de oxígeno al paciente, frecuencia respiratorio. Una vez concluida la técnica.			
14. Evalúa la necesidad de repetir el procedimiento.			
15. Limpia el sistema de succión con agua estéril.			
16. Se retira los guantes y desecha el material usado.			
17. Coloca al paciente en posición cómoda.			
18. Realiza la higiene de manos.			
19. Registra el procedimiento realizado en las notas y kardex de enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA DEL EVALUADO			**FIRMA DEL EVALUADO**

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA: EN INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

CODIGO : GPAE -001 **CPT: 20555**

II DEFINICIÓN

Es un procedimiento invasivo que consiste en insertar a través de la piel un catéter corto dentro de una vena periférica, para la administración de medicamentos con osmolaridad y pH dentro de los límites fisiológicos y de corta duración, directamente al torrente sanguíneo.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios de actuación para la inserción, de uso y mantenimiento de los catéteres periféricos en el cuidado de enfermería.
- ✓ Realizar los cuidados necesarios para mantener su ubicación y permeabilidad, así cómo minimizar posibles complicaciones.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES

La cateterización endovenosa periférica es el procedimiento invasivo más común entre pacientes hospitalizados y exige, para su realización, además de la competencia técnica y destreza manual, conocimientos de anatomía y fisiología del sistema vascular y de farmacoterapéutica. La cateterización, por tener diferentes finalidades y períodos de utilización, puede representar un riesgo potencial para varios incidentes de seguridad, incluyendo la diseminación microbiana.

Entre tanto, independientemente del factor generador, las complicaciones locales son expresadas por medio de hematoma, infiltración, extravasación, obstrucción del catéter y flebitis.

Según la resolución ministerial, expendiente N°14-107731001 que contiene el memoradum N° 359-2015-DGSP/MINSA, de la dirección General de salud de las Personas del ministerio de Salud. Articulo1° Lineamiento para la vigilancia, Prevencion y Control de las infecciones Asociadas ala atención de Salud- 2016. La tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso periférico en neonatología fue 2,19 x 1000 días.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Administración de infusión de soluciones cristaloides, coloides y derivados sanguíneos.
- ✓ Administración de fármacos intravenosos.
- ✓ Administración de nutrición parenteral (osmolaridad< 700mOsml).

RELATIVAS

- ✓ Mantenimiento de una vía salinizada para casos de emergencia y procedimientos de diagnóstico.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Lesiones cutáneas en zonas de la punción, medicamentos de alta osmolaridad e irritantes (retos de k), antibióticos o drogas muy ácidas con pH inferior a 7 ó drogas muy básicas con pH superior a 7.
- ✓ No colocar en venas con antecedentes de flebites.
- ✓ No colocar en miembros inferiores por tiempo prolongado.
- ✓ No colocar en el miembro afectado cuando se le ha realizado extirpación ganglionar o Mastectomía.
- ✓ No colocar en el miembro con fístula arteriovenosa.
- ✓ Evitar en lo posible una extremidad afectada por ACV.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica

De acuerdo a la condición del paciente se informara al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar; beneficios, riesgos y posibles complicaciones

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPO BIOMEDICOS

01 Mesa de procedimiento.
01 Soporte de suero.
01 Contenedor punzo cortante

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Cubeta con tapa.
01 Tijera de mayo punta recta.

MATERIAL MÉDICA FUNGIBLE

01 Par guantes examen.
01 Ligadura de látex 20 cm.
01 Jeringa de 10 cc.
01 Apósito tansparente 6 cm. X 7cm.
01 Extensión Diss con llave de triple via.
01 Catéter venoso periférico segun la necesidad.
02 Unidades torundas de algodón aséptico,
03 Unidades de torundas que contenga alcohol.
01 Bolsa para la eliminación de desechos.
02 Tiras de 20 cm de esparadrapo hipoalergénico de plástico de 3" pulgasdas de ancho.

MEDICAMENTOS

01 Litro Cloruro de Sodio al 0.9 ‰
10cc Alcohol puro 70%

OTROS

01 Lapicero tinta indeleble azul /rojo

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Higiene de mano. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	1. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
2. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	2. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
3. Realice higiene de manos con alcohol gel. (primer momento).	3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del insumo y equipos.
4. Prepare y verifique los insumos y equipo necesario.	4. Ahorra tiempo y energía.
5. Observe y elija el punto de inserción (vena)	5. Permitirá ubicar una vena.
6. Ligar 10 cm por encima de la vena elegida.	6. Para producir ingurgitación de la vena elegida.
7. Aseptice y limpie la zona de inserción con torundas de algodón embebido con alcohol, continuando con movimientos circulares, del centro hacia la periferia, sin retroceder, durante 30 segundos, enseguida se espera que el desinfectante actúe por 15 segundos más o hasta que esté completamente seco.	7. Permite limpiar y desinfectar la superficie cutánea.
8. Realice la higiene de manos con alcohol gel.(segundo momento)	9. Se raliza antes de la tarea aséptica, para evitar la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
9. Realice calzado de guantes de examen.	10. Medida de bioseguridad para el operador.
10. Tense la piel hacia abajo con el pulgar de la mano opuesta. -Coja el catéter y el mandril con los dedos pulgar e índice para evitar el desplazamiento de éste, luego insertar en forma suave pero firme, directamente sobre la vena, en sentido del flujo sanguíneo, en un ángulo de 15 a 20º.	11. Para estabilizar la vena y reducir el dolor. -Permite facilidad en la penetración del catéter y evita la contaminación del equipo.
11. Introduce el catéter hasta observar reflujo de sangre en la cámara, retirar el mandril levemente e introducir totalmente el catéter en la vena.	12. La presencia de sangre nos garantiza que el catéter está en vena.
13. Libere la ligadura presionando por encima del punto de inserción. -Retire el mandril y al mismo tiempo presione el punto de inserción.	13. Permite recuperar el riego sanguíneo. -La presión evita la pérdida de sangre.
14. Adapte la conexión de la extensión y/o llave triple vía en circuito cerrado previamente purgado, al catéter. -Compruebe la permeabilidad de la insercion del catéter venoso.	14. Permite mantener la permeabilidad de la vía periférica.
15. Examine la piel que rodea al lugar de punción en busca de signos de infiltración.	15. Permite indentificar si la puncion del cateter fue correcto para evitar extravasación.
16. Fije el catéter, con apósito transparente dejando visible el punto de inserción. Termine de fijar con esparadrapo antialérgico.	16. Permite visualizar el punto de inserción en busca de complicaciones. Para evitar el desplazamiento del catéter y autorretiro.
17. Deseche el material punzo cortante en	17. Para evitar accidentes punzo cortantes

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

el contenedor de bioseguridad. -Coloque el material en su lugar.	-Para asegurar el éxito al finalizar el procedimiento.
18. Retírese los guantes y realice higiene de manos.	18. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
19. Rotule la fecha de colocación y el nombre del responsable.	19. Permite determinar la fecha de recambio y la responsabilidad del operador.
20. Deje cómodo al paciente.	20. Permite brindar seguridad y confort al paciente.
21. Realice higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	21. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
22. Registre el procedimiento en el kardex y en las notas de evolución de Enfermería de la historia clínica.	22. Permite costear los procedimientos - Como registro - Actividad de enfermeria

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

IXCOMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO.

COMPLICACIONES	ACCIONES
Extravasación	1. Valore la presencia de infiltración, en el lugar de infusión. (Anexo 1). 2. Suspender la infusión que recibe el paciente. 3. Retire el catéter con cuidado. 4. Aplique compresascalientes.
Flebitis	1. Valore el grado de flebitis (Anexo 2). 2. Retire el catéter con cuidado. 3. Aplique compresas calientes. 4. Monitorice temperatura corporal. 5. Registre en la evolución de enfermería. 6. Administre tratamiento indicado.
Equimosis	1. Retire el catéter. 2. Aplique compresión en zona de venopuncion. 3. Coloque compresas frias. 4. Registre en la evolución de enfermería

X BIBLIOGRAFÍA

1. Vergara T. Flebitis infecciosa o no infecciosa: Lecciones de un programa intervencional sobre flebitisasociada a catéter venoso periférico. Chile. Vol.34, n.4, pag.319-325, 2017. http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400319.
2. Gómez E. Flebitisasociadaconaccesos venosos periféricos. Colombiaenninos: Revisión sistemática de laliteratura. ColombiaVol 19, n. 2, Pages 92-97, April–June 2015, http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v19n2/v19n2a08.pdf
3. Souza J. Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de cateter intravenoso periférico. Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagemvol 24, n 1 2016, http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02746.pdf
4. González E. Protocolo para la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico. España. Servicio de salud del principado de Asturias, ediccion 5, 2013, http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

XI ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE INFILTRACIÓN	
GRADO	**CRITERIO CLINICO**
0	No hay sintomas
1	Piel descolorida edema <2,5 cm en cualquier direccion, frio al tacto, con o sin dolor.
2	Piel descolorida edema <2,5 - 15 cm en cualquier direccion, frio al tacto, con o sin dolor.
3	Piel descolorida, translucida, edema extenso >15 cm en cualquier direccion,frio al tacto, dolor leve o moderado
4	Piel descolorida, translucida, tirante, inflamada, magullada y con fuga de contenido .Edema extenso >15 cm en cualquier direccion. Alteracioncirculatoria.Dolor moderado a severo.Infiltracion de culaquiercantidaddeproductoshematicos, irritantes o vesicantes.

Fuente: Infusion Nursing Standards of Practice. J InfusNurs. (Suppl)Jan-Feb 2006; 291(1s), Standard S54: Infiltration ,Ps60

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

ANEXO 2

ESCALA VISUAL DE VALORACIÓN DE FLEBITIS		
Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable.	0	No signos de flebitis. **OBSERVE** punto de insercion
Dolor sin eritema, hinchazon, ni cordon palpable en la zona de puncion.	1	Posible signo de flebitis. **OBSERVE** punto de insercion
Dolor con eritema y/o hinchazon sin cordon palpable en la zona de puncion.	2	Inicio de flebitis. **RETIRE** el cateter.
Dolor, eritema, hinchazon, endurecimiento o cordon venoso palpable< de 6 cm por encima del sitio de insercion.	3	Etapa media de flebitis. **RETIRE** en cateter y valore tratamiento.
Dolor, eritema, hinchazon, endurecimiento o cordon venoso palpable>de 6 cm por encima del sitio de insercion y/o purulencia.	4	Avanzada estado de flebitis. **RETIRE** catéter y valore tratamiento.
Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detencion de la perfusion.	5	Tromboflebitis. **RETIRE** catéter e inicie tratamiento.

Fuente:Medicina preventiva y Salud Publica. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente http://flebitiszero.com/app/formacion/ManAseptico.html

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ANEXO 3

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO			
FECHA: HORA DE INICIO : HORA DE TERMINO :			
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Realiza la higiene de mano. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
2. Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
3. Realiza la higiene de manos con alcohol gel. (primer momento).			
4. Prepara y verifica los insumos y equipo necesario.			
5. Observa y elije el punto de inserción (vena).			
6. Liga 10 cm por encima de la vena elegida.			
7. Aseptiza y limpia la zona de inserción con torundas de algodón embebido con alcohol, continuando con movimientos circulares, del centro hacia la periferia, sin retroceder, durante 30 segundos, enseguida se espera que el desinfectante actúe por 15 segundos más o hasta que esté completamente seco.			
8. Realiza la higiene de manos con alcohol gel. (segundo momento).			
9. Realiza calzado de guantes de examen.			
10. Tensa la piel hacia abajo con el pulgar de la mano opuesta. -Coje el catéter y el mandril con los dedos pulgares e índice para evitar el desplazamiento de éste, luego insertar en forma suave pero firme, directamente sobre la vena, en sentido del flujo sanguíneo, en un ángulo de 15 a 20º.			
11. Introduce el catéter hasta observar reflujo de sangre en la cámara, retirar el mandril levemente e introducir totalmente el catéter en la vena.			
12. Libera la ligadura presionando por encima del punto de inserción. -Retira el mandril y al mismo tiempo presione el punto de inserción.			
13. Adapta la conexión de la extensión y/o llave triple vía en circuito cerrado previamente purgado, al catéter. Comprueba la permeabilidad de la insercion del catéter venoso.			
14. Examina la piel que rodea al lugar de punción en busca de signos de infiltración.			
15. Fija el catéter, con apósito transparente dejando visible el punto de inserción. Termina de fijar con esparadrapo antialérgico.			
16. Desecha el material punzo cortante en el contenedor de bioseguridad. -Coloca el material en su lugar.			
17. Retíra los guantes y realiza higiene de manos.			
18. Rotula la fecha de colocación y el nombre del responsable.			
19. Deja cómodo al paciente.			

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

20. Realiza higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
21. Registra el procedimiento en el kardex y en las Notas de evolución de Enfermería de la historia clínica.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA DEL EVALUADOR **FIRMA DEL EVALUADO**			

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN NEBULIZACIONES

CODIGO: GPAE-002 **CPT 94640**

II DEFINICIÓN

Procedimiento consiste en la transformación de una solución líquida utilizando un dispositivo (nebulizador) y gas medicinal (aire u oxígeno), en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio.

Esto permitirá mejorar la movilización y la evacuación de las secreciones respiratorias, incluyendo la inducción de esputo, usando fármacos y solución salina.

OBJETIVOS

- ✓ Establecer la técnica correcta en el cuidado de enfermería, para administrar medicación inhalada en base a las características del paciente y la medicación prescrita.
- ✓ Mejorar el control de la terapia inhalatoria por parte del paciente y los profesionales de enfermería
- ✓ Reducir las exacerbaciones de patologías pulmonares, así como ingreso hospitalarios potencialmente evitables con un buen manejo de la terapia inhalada.
- ✓ Disminuir las complicaciones y efectos adversos de la terapia inhalada.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

En el Perú las neumonías son la primera causa de mortalidad general. Según el informe publicado en el 2013 por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que estudia las causas de muertes prematuras en 1990 y 2010, las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo la primera causa de muerte prematura en el Perú.
En el hospital Cayetano Heredia en el año 2016, las neumonías reportadas en las áreas hospitalarias, siendo el números de casos tanto en mujeres y varones, en neumonía 190, asma no especificado 177, bronquiolitis aguda , no especificada 159 casos.
Según lo expuesto los casos con mayor prevalencia en el Hospital Cayetano Heredia son neumonía y enfermedades respiratorias.
Otra enfermedad respiratoria notable es el asma es una de las enfermedades respiratorias más comunes, de evolución crónica en la infancia y adolescencia y su prevalencia es menor al 2% en algunos sitios y mayor al 25% en otros, genera gran cantidad de hospitalizaciones, costos enormes, no se cuenta con tratamiento curativo según ISAAC América Latina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula en la actualidad 300 millones de pacientes en el mundo. El asma tiene como tratamiento el uso de medicamentos, inhalación y la nebulización también llamado aerosol terapia, es un método de tratamiento que permite administrar sustancias en forma de aerosol por vía inhalada, siendo los nebulizadores los dispositivos encargados de generar aerosoles de partículas líquidas.

III PERSONA RESPONSABLE

Licenciada(o) en Enfermería

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

IV INDICACIONES

Pacientes con indicación de nebulización.

ABSOLUTAS

✓ Crisis Asmática moderada o grave (bajo nivel de conciencia)

RELATIVAS

✓ Enfermedades de las vías aéreas inferiores para la administración de medicamentos tales como bronco dilatadores o antiinflamatorios (en casos de asma o bronquiolitis).
✓ Cuando se presentan cuadros respiratorios con gran cantidad de secreciones difíciles de expectorar.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS:

✓ A todo paciente de TBC pulmonar con BK positivo.
✓ Hemoptisis (Expulsión de sangre por la boca, proveniente de las vías respiratorias infra glóticas).

RELATIVAS:

✓ En pacientes con insuficiencia cardiaca evitar el uso de broncodilatadores en solución.
✓ Reacción alérgica al fármaco.

VI REQUISITOS:

Consentimiento informado: No aplica
De acuerdo a la condición del paciente se informará al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar, beneficios, riesgos y posibles complicaciones.

VII RECURSOS MATERIALES

Equipos biomédicos:

01 Fuente de oxígeno con regulador y/o nebulizador portátil.
01 Oxímetro de pulso.

Material médico no fungible:

01 Riñonera y/o cubeta

Material médico fungible:

01 Set de nebulización (mascarilla, cámara de nebulización y conexión tubular)
01 Niple o rosca americana.
01 Jeringa de 5cc o 10cc.
01 Mandil no estéril
01 Mascarilla simple/ Mascarilla N 95°
01 Par de guantes descartable
01 Pañitos desechables o toallitas.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
V°B°
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

Medicamentos.

5 cc Suero fisiológico 0,9‰
Fármacos según indicación médica.

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Explique al paciente y/o familia (en caso de niños menores y ancianos) sobre el procedimiento así como su participación.	1. Disminuye el temor, favorece la colaboración y participación del paciente.
2. Realice la higiene de manos. (primer momento). Según norma R.M. N °255-2016/ MINSA	2. Evita la diseminación de gérmenes.
3. Verifique el funcionamiento de los equipos y prepare el material indicado.	3. Evita contra tiempo y facilita la atención oportuna.
4. Realice el calzado de guantes de examen y mascarilla.	4. Medida de bioseguridad para el operador.
5. Evalué el estado general del paciente: -Controle FC, FR y saturación de oxígeno. -Ausculte ambos campos pulmonares. -Coloque al paciente en posición semifowler.	5. Permite conocer el estado hemodinámica del paciente. -Mediante esta posición se produce el descenso del diafragma favoreciendo la expansión pulmonar.
6. Prepare la nebulización, -Agregar con una jeringa solución salina 0.9‰, en la cámara y/o medicación según prescripción médica en dosis indicada.	6. En la administración de medicamento se debe tener en cuenta los 10 correctos para evitar márgenes de error.
7. Conecte el equipo de nebulización a la fuente de oxígeno, abra la llave y regule el flujo de 5 a 8 litros por minuto hasta observar la salida del vapor.	7. El oxígeno favorece la evaporación para que sea inhalado por el paciente.
8. Coloque el nebulizador y ajuste la mascarilla al paciente, abarcando nariz- boca; y pedirle que respire con lentitud a través de la boca.	8. El nebulizador ayuda a vehiculizar un medicamento que se aspira y se esparce en todo en el sistema respiratorio.
9. Repita el procedimiento si es necesario según indicación médica.	9. Facilita la movilización de secreciones.
10. Termine la nebulización, finalmente controle saturación de oxígeno, FR y FC.	10. Valora la saturación de oxígeno evidenciando la efectividad de la nebulización.
11. Deje cómodo al paciente.	11. Contribuye a la evolución del paciente.
12. Retírese los guantes y deseche según resolución ministerial N° 554-2012 Gestión y manejo de residuos sólidos.	12. Evita contaminación del ambiente.
13. Coloque el equipo en su lugar limpio y seco y rotule el nebulizador (nombre y fecha).	13. Mantiene el orden y seguridad del paciente.
14. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N °255-2016/ MINSA	14. Disminuir la transmisión y evitar la proliferación de microorganismos patógenos.
15. Registre el procedimiento en el Kardex y en las Notas de evolución de Enfermería de la Historia Clínica.	15. Mantiene informado al equipo de salud los procedimientos realizados al paciente.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN NEBULIZACIONES:

COMPLICACIONES	ACCIONES
Espasmo bronquial	1. Suspender inmediatamente la nebulización y notificar al médico tratante. 2. Valore el patrón respiratorio y la saturación respiratoria. 3. Administre oxigeno si fuera necesario. 4. Coloque al paciente en posición semifowler. 5. Administrè tratamiento prescripto.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA • DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA • V°B°

V°B°

X BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo M. Las nebulizaciones con solución salina hipertónica al 5% disminuyen las exacerbaciones respiratorias en pacientes pediátricos traqueostomizados. Chile, Rev. Chile Enfermería respiratoria. Volumen 32, núm. 3 pag.149-154. 2016 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482016000300002&lng=es.

2. Panche C. Uso de dispositivos de micronebulización en adultos mayores en un programa de hospitalización domiciliaria. Colombia. NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas Vol. 11 No. 20 julio - Diciembre de 2013. http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v11n20/v11n20a06.pdf

3. Guillermo M. Recomendaciones prácticas para el manejo de la crisis asmática en pacientes adultos. Buenos aires. Revista Americana de Medicina Respiratoria Vol. 15 núm. 4 - Diciembre 2015.

4. Vargas P, Inhaloterapia en el manejo de las enfermedades respiratorias. Colombia. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Documentos de investigación núm. 21. Junio de 2014.

XI ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN NEBULIZACION			
FECHA: HORA DE INICIO : HORA DE TERMINO :			
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1. Explica al paciente y/o familia (en caso de niños menores y ancianos) sobre el procedimiento así como su participación.			
2. Realiza la higiene de manos.(primer momento)			
3. Verifica el funcionamiento de los equipos y prepara el material indicado.			
4. Realiza el calzado de guantes no estériles y mascarilla.			
5. Evalúa el estado general del paciente: -Controla FC, FR y saturación de oxígeno. -Ausculta ambos campos pulmonares. -Coloca al paciente en posición semifowler.			
6. Prepara la nebulización, Agrega con una jeringa solución salina 0.9‰. en la cámara y/o medicación según prescripción médica en dosis indicada.			
7. Conecta el equipo de nebulización a la fuente de oxígeno, abre la llave y regule el flujo de 5 a 8 litros por minuto hasta observar la salida del vapor.			
8. Coloca el nebulizador y ajusta la mascarilla al paciente, abarcando nariz- boca; y le pide que respire con lentitud a través de la boca.			
9. Repite el procedimiento si es necesario según indicación médica.			
10. Termina la nebulización, finalmente controle saturación de oxígeno, FR y FC.			
11. Deja cómodo al paciente.			
12. Coloca el equipo en su lugar limpio y seco y rotula el nebulizador (nombre y fecha).			
13. Realiza lavado de manos.			
14. Registra el procedimiento en el Kardex y en las Notas de evolución de Enfermería de la historia clínica.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA DEL EVALUADOR		FIRMA DEL EVALUADO	

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES ADULTOS CON OXIGENOTERAPIA

CODIGO: GPAE-005 **CPT 94799**

II DEFINICIÓN:

La oxigenoterapia es la modalidad terapéutica más recomendable pará el tratamiento de deficiencias de ventilación/perfusión. Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxígeno a nivel alveolar, el oxígeno necesario en el aire inspirado y oferta una mayor cantidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.

OBJETIVOS:

- ✓ Estandarizar los cuidados de enfermería en la administración de oxigeno necesario y prescrito para mejorar su estado respiratorio del paciente.
- ✓ Mejorar el control de la administración de oxigenoterapia en el paciente.
- ✓ Disminuir las complicaciones y efectos adversos de la administración de oxígeno.
- ✓ Proporcionar al paciente la concentración de oxigeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

El oxígeno es probablemente el medicamento más común para ser utilizado en el cuidado de los pacientes que se presentan en el servicio de urgencias u hospitales, con patologías u deficiencias que nos permiten que sea eficiente en el intercambio gaseoso.

La oxigenoterapia cubre un gran campo de actuación, siendo de vital urgencia en algunas ocasiones, asegurando una mejor calidad de vida en todas ellas.
Sin embargo, al igual que ocurre con todas las indicaciones médicas, el manejo por parte de enfermería ha de ser riguroso, evitando los riesgos asociados al uso de oxigenoterapia.

III RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería

IV INDICACIONES:

Pacientes con indicación de oxigenoterapia

ABSOLUTAS

La oxigenación está indicada siempre que exista una deficiencia en el aporte de oxígeno a los tejidos. La hipoxia celular puede deberse a:

- ✓ Disminución de la cantidad de oxigeno o de la presión parcial del oxígeno en el gas inspirado.
- ✓ Disminución de la ventilación alveolar.
- ✓ Alteración de la relación ventilación/perfusión.
- ✓ Alteración de la transferencia gaseosa.
- ✓ Aumento del shunt intrapulmonar.
- ✓ Descenso del gasto cardiaco.
- ✓ Shock

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

✓ Hipovolemia
✓ Disminución de la hemoglobina o alteración química de la molécula.

En pacientes con hipercapnia crónica (PaCO2 ± 44 mm Hg a nivel del mar) existe el riesgo de presentar depresión ventilatoria si reciben la oxigenoterapia a concentraciones altas de oxigeno; por lo tanto, está indicada en ellos la administración de oxígeno a dosis bajas (no mayores de 30%).

RELATIVAS

En algunas situaciones en donde se requieren concentraciones elevadas de oxígeno como en recién nacidos prematuros, enfermedad obstructiva pulmonar crónica y edad avanzada.

V CONTRAINDICACIONES:

ABSOLUTAS

No existen contraindicaciones absolutas.

RELATIVAS

En paciente con alta concentración de CO2.

VI REQUISITOS:

Consentimiento informado: No requiere.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPO BIOMEDICO:

01 Fuente de oxígeno
01 Regulador de oxigeno o manómetro
01 Flujometro
01 Oximetro de pulso
01 Aspirador de secreciones
01 Humidificador de oxigeno

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE:

a. Sistemas de bajo flujo:

01 Cánula binasal o gafas nasales (O2 entre el 24% y 40%).
01 Mascarilla simple (40%-60%).
01 Mascarilla con reservorio con reinhalación (50-70%) o sin reinhalación (60- 100%).

b. Sistemas de alto flujo:

01 Corrugados
01 Mascarilla con sistema Venturi (24%- 50%)

c. Sistemas de flujo mixto:

01 Tubo en T

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

OTROS MATERIALES

07 cm de tela adhesiva hipo alergénica
01 Par de guantes de examen
01 Mascarilla no estéril

SOLUCIONES

200 CC de agua destilada estéril. (Para el humificador)

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Realice la Higiene de mano según R.M. N° 255-2016/MINSA	1. Disminuye la contaminación de microorganismos e infecciones cruzadas.
2. Colóquese mascarilla o respirador.	2. Medida de bioseguridad para el operador.
3. Identifique al paciente.	3. La identificación inadecuada de pacientes es una causa de complicaciones asociadas a errores en la asistencia.
4. Informe sobre el procedimiento al paciente y/o familiar.	4. Facilita la colaboración del paciente
5. Verifique el funcionamiento de la fuente, regulador de oxígeno, instale el humificador (con 2/3 de agua destilada) y a este el dispositivo de oxígeno.	5. Evita contratiempos y facilita una atención más rápida al paciente. Asegura que el equipo funcione.
6. Monitorice funciones vitales saturación, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca.	6. Permite conocer el estado cardiorespiratorio del paciente, en cuanto esta su oxigenación.
7. Realiza la Higiene de mano según Guía técnica para la implementación de higiene de mano en los establecimientos de salud R.M. N° 255-2016/MINSA	7. Evita infecciones cruzadas.
8. Coloque al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.	8. Facilita la expansión pulmonar e intercambio gaseoso al nivel alveolar.
9. Aspire las secreciones, si fuera necesario. Según guía de procedimiento N° GPAE -003	9. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, coloración de la piel y mucosas, observar la frecuencia respiratoria.
10. Administre el flujo de oxígeno prescrito.	10. Según los 11 correctos, previene incidentes para la seguridad del paciente.
11. **En caso de cánula binasal**, introduzca la cánula en los orificios nasales, fijándolos de la forma más cómoda para el paciente, (detrás del pabellón de las orejas y debajo del mentón). Dispositivo de bajo flujo. (Anexo 1)	11. Fija la cánula para que no se deslice por los movimientos del paciente.
12. **En caso de máscara de oxígeno**, coloque sobre la nariz boca y mentón ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza. - Si fuera necesario la administración con mascara de reservorio verificar el llenado de la bolsa de reservorio antes de colocar al paciente. Dispositivo de bajo flujo. (Anexo 2)	12. Mantiene la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla.
13. **En caso de mascara Venturi**, dispositivo de alto flujo. Coloque cubriendo la nariz, boca y mentón de paciente. Ajuste a través de la cinta elástica trasera, por debajo del pabellón auricular. .(Anexo 3)	13. Mantiene la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla.
14. **En caso de Tubo en T,** deberá aspirar las secreciones si fuera necesario. (Según guía de procedimiento), Sistema de alto flujo. - Colóquese guantes estéril y EPP (elementos de protección personal) y Conectar un corrugado corto al sistema en T y el Venturi al otro extremo del tubo y Administrar la concentración de o_2 indicado, .(Anexo 4)	14. El tubo t es un dispositivo que se conecta directamente al tubo endotraqueal o de traqueotomía.
15. Observe la respuesta del paciente al oxigeno valorando: coloración, dificultad respiratoria y funciones vitales.	15. Esto dará una guía sobre la necesidad de cambiar el sistema de oxígeno en aumentar o disminuir.
16. Deje cómodo al paciente, brindando seguridad.	16. Favorece confort al paciente.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

17. Deseche el material de acuerdo a lo estipulado Resolución Ministerial N° 554 - 2012 Gestión y Manejo Residuos Sólidos.	17. Evita contaminación del ambiente.
18. Realice lavado de mano según técnica.	18. Evita la diseminación de gérmenes.
19. Registre el oxígeno suministrado en las notas de Enfermería y kardex, especificando: turno, cantidad de oxigeno suministrado en litros y horas.	19. El registro permite que el equipo de salud este informado de los procedimientos realizados al paciente.

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA OXIGENOTERAPIA

COMPLICACIONES	ACCIONES
Toxicidad por oxígeno, atelectasia	1. Identifique signos de alarma malestar general, tos áspera y seca, entumecimiento de extremidades, náuseas o vómitos, fatiga, letargo o inquietud). 2. Monitorice saturación de oxígeno, presión arterial y frecuencia cardiaca. 3. Comunique al médico responsable. 4. Administre medicación según prescripción. 5. Administre oxigeno según indicación. 6. Vigile la saturación continuamente, al menos cada 5 minutos después de cualquier incremento o disminución en el la FiO2 administrada. 7. Realice fisioterapia al paciente si es necesario. 8. Apoye al paciente en realizar ejercicios respiratorios si es necesario. (espirómetro de incentivo). 9. Registre en la evolución de enfermería.
Contaminación bacteriana por sistemas de humidificación	1. Realice higiene de manos antes de la manipulación de los materiales de oxigenoterapia. 2. Mantenga limpio el dispositivo y desechar en caso de que se ensucien o deterioren. 3. Realice la higiene bucal y nasal. 4. Realice el cambio de agua del humificador diariamente y el lavado en solución desinfectante, enjuagado y secado.
Lesiones por presión en zona de mejilla, orejas y nariz.	1. Valore la integridad de la piel que está en contacto con los dispositivos de oxigenoterapia, especialmente en pabellones auriculares y mucosa nasal. 2. Realice la rotación de la fijación de la cánula nasal, si es necesario para evitar lesiones por presión. 3. Identifique la lesión proceda a realizar la curación con clorixidina al 2%, si es necesario utilice sistemas de protección y/o almohadillado para prevenir complicaciones. 4. Compruebe que las fosas nasales del usuario se encuentran permeables, libres de secreciones. 5. Cuide la higiene bucal y nasal del paciente. 6. Facilite la hidratación oral, sino está contraindicado. 7. Registre en la evolución de enfermería.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

X. BIBLIOGRAFIA

1. Arraiza G. Guía rápida y póster dedispositivos de oxigenoterapiapara enfermería. España. Universidad Pública de Navarra UPNA. Vol. 1, pág. 4-40. 2015 http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18478/Nahia%20Arraiza%20Gulina.pdf?sequence=1

2. Fabiana M. Impacto de la implementación de oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica. Uruguay.Vol 87. Núm 2.pag 87-94. 2016. http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v87n2/v87n2a03.pdf

3. Quintero P. Análisis de la prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria tras intervención farmacéutica.Toledo Vol. 37 num 5 Pag. 372-382. 2013 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000500006&lng=es. http://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.5.698.

4. Codinardo C. Recomendaciones sobre el uso de oxigenoterapia en situaciones especiales. Buenos Aires, Argentina. Revista Americana de Medicina Respiratoria. RAMR Vol. 2. Pag 150-162. Marzo 2016.

5. Guías para el manejo de la oxigenoterapia domiciliaria en pediatría: Parte 2: Sistemas de administración, suspensión del O2. Oxigenoterapia en situaciones especiales. Buenos aires. Vol 111, núm 6. Diciembre 2013 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000600021&lng=es. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.549.

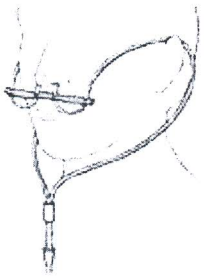
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

XI ANEXOS

ANEXO 01

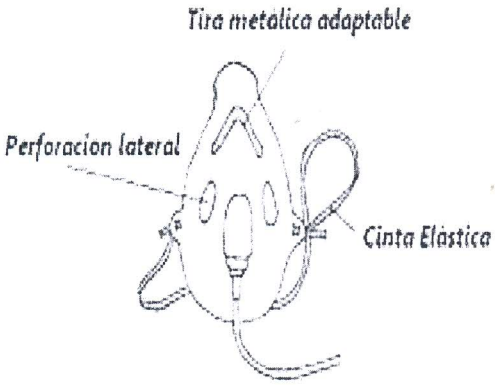
CANULA BINASAL



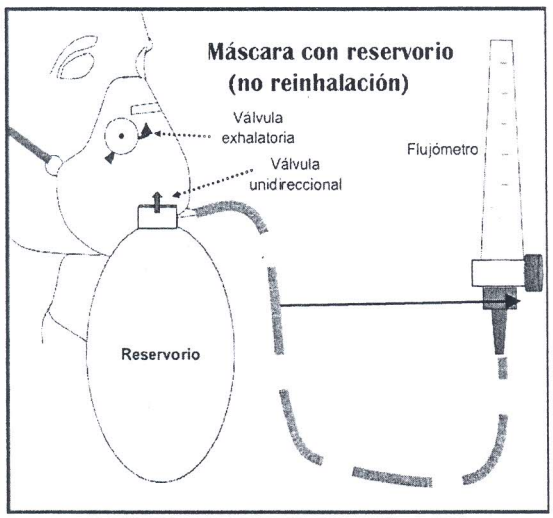
DETRÁS DEL PABELLÓN
DE LAS OREJAS Y DEBAJO
DEL MENTÓN

ANEXO 02

1. MASCARA DE OXIGENO



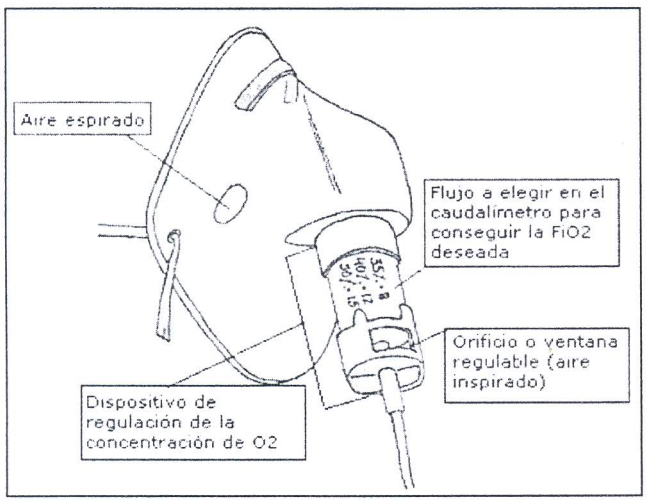
2. MASCARA DE OXIGENO CON RESERVORIO

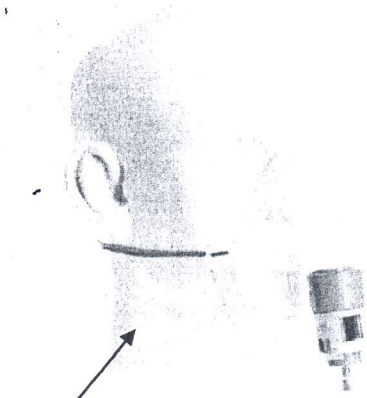


VERIFICAR EL LLENADO DE LA BOLSA DE RESERVORIO

ANEXO 03

MASCARA VENTURI





AJUSTE A TRAVÉS DE LA CINTA ELÁSTICA TRASERA, POR DEBAJO DEL PABELLÓN AURICULAR

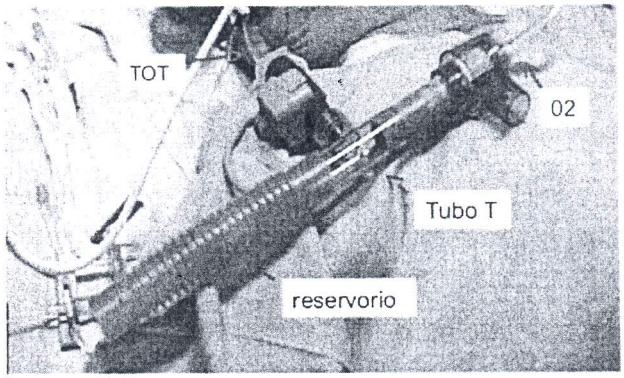
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · V°B°

ANEXO 04

TUBO EN T



ANEXO 05

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN OXIGENOTERAPIA				
FECHA: HORA DE INICIO: HORA DE TERMINO:				
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Realiza la higiene de mano según R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
2	Se coloca la mascarilla o respirador.			
3	Identifica al paciente.			
4	Informa sobre el procedimiento al paciente y/o familiar			
5	Verifica el funcionamiento de la fuente, regulador de oxígeno, instala el humificador (con 2/3 de agua destilada) y a este el dispositivo de oxígeno.			
6	Monitoriza funciones vitales saturación, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca.			
7	Realiza la Higiene de mano según R.M. Nº 255-2016/MINSA			
8	Coloca al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.			
9	Aspira las secreciones, si fuera necesario.			
10	Administra el flujo de oxígeno prescrito.			
11	En caso de cánula binasal, introduce la cánula en los orificios nasales, fijándolos de la forma más cómoda para el paciente, (detrás del pabellón de las orejas y debajo del mentón). Dispositivo de bajo flujo.			
12	En caso de máscara de oxígeno, coloca sobre la nariz boca y mentón ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza. Si fuera necesario la administración con mascara de reservorio verifica el llenado de la bolsa de reservorio antes de colocar al paciente. Dispositivo de bajo flujo.			
13	En caso de mascara Venturi, dispositivo de alto flujo. Coloca cubriendo la nariz, boca y mentón de paciente. Ajusta a través de la cinta elástica trasera, por debajo del pabellón auricular.			
14	En caso de Tubo en T, deberá aspirar las secreciones si fuera necesario. (Según guía de procedimiento), Sistema de alto flujo. Conecta un corrugado corto al sistema en T y el Venturi al otro extremo del tubo y Administra la concentración de o_2 indicado,			
15	Observa la respuesta del paciente al oxigeno valorando: coloración, dificultad respiratoria y funciones vitales.			
16	Deja cómodo al paciente, brindando seguridad.			
17	Desecha el material de acuerdo a lo estipulado Resolución Ministerial N° 554 - 2012 Gestión y Manejo Residuos Sólidos.			
18	Realiza lavado de mano según técnica.			
>80 % APROBADO.				
FIRMA DEL EVALUADOR FIRMA DEL EVALUADO				

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

I. NOMBRE : GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN INSERCION DE SONDA VESICAL

CODIGO: GPAE – 004 **CPT 51702**

II DEFINICIÓN:

El sondaje vesical es un procedimiento que consiste en la colocación aséptica de una sonda hasta la vejiga urinaria a través del meato uretral, con la finalidad de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente desde la vejiga al exterior.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar los cuidados de enfermería en el sondaje vesical y reducir las complicaciones
- ✓ Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de las/os profesionales de Enfermería.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

Según la Organización Mundial de la Salud, las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), representan un importante problema de salud pública debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la importante carga que imponen a los pacientes, el personal sanitario y los sistemas de salud. Las IAAS se producen en todo el mundo y afectan a todos los países, con independencia de su grado de desarrollo.
Según los LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (2016). De las 4,404 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) informadas en el año 2012, la mayor proporción correspondió a las infecciones de herida operatoria de parto por cesárea (28.8%), seguido por las neumonías asociadas a ventilación mecánica en cuidados intensivos (13.9%), las endometritis puerperales post cesárea (11.7%), las endometritis puerperales post parto vaginal (9.4%) y las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter urinario en cirugía (9.4%).

III RESPONSABLE:

Licenciada(o) en enfermería
Tec. Enfermería: Colaborador

IV INDICACIONES:

Pacientes con indicación de cateterismo vesical.

ABSOLUTA

- ✓ Para control cuantitativo de la diuresis en pacientes críticos de grado dependencia IV
- ✓ En pacientes con retención urinaria.
- ✓ En pacientes sometidos a cirugía en la próstata o los genitales o para irrigación vesical
- ✓ En pacientes con otras afecciones médicas como esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal entre otros.

RELATIVAS

- ✓ En pacientes con incontinencia urinaria (escape de orina o incapacidad de controlar al orinar)
- ✓ En pacientes de tiempo operatorio corto.
- ✓ En pacientes con estrechez uretral, cirugía de uretra o vejiga.

HOSPITAL CATETANO HEREDIA · DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA · V°B°

V°B°

V CONTRAINDICACIONES:

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes con trauma pélvico vesical, perineal y uretral.
- ✓ Pacientes con litiasis renal descendida en uretra.
- ✓ Pacientes con lesiones uretrales (estenosis, fistulas).
- ✓ Pacientes con hematuria.
- ✓ Pacientes con prostatitis.
- ✓ Pacientes con alergias conocidas a los anestésicos locales o al látex y/o material de la sonda vesical.

RELATIVAS

- ✓ La estenosis uretral, cirugía reciente del tracto urinario y presencia de un esfínter artificial.

VI REQUISITOS:

Consentimiento informado: No requiere.
De acuerdo a la condición del paciente se informará al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar, beneficios, riesgos y posibles complicaciones.

VII RECURSOS MATERIALES

Equipo Biomédicos

01 Mesa de procedimientos
01 Biombo.
01 Fuente de luz

Material Médico no fungible

01 Chata

Material Médico Fungible

01 Par de guantes estériles
01 Par de guantes de examen
01 Sonda Vesical según edad del paciente (8,12,14,16,18 y 20)
01 Bolsa colectora
01 Jeringa de 20 cc
01 Campo fenestrado 45cm x45 cm
01 Mascarilla facial
01 Gorra descartable
01 Recipientes de 1 litro que contengan agua estéril
10 Unidades Gasas estériles 10cm x 10cm
02 Tiras de 10 cm de esparadrapo hipoalergénico de plástico de 3" pulgadas de ancho.

Medicamentos

20 cc Clorhexidina 4%
01 Tubo lidocaína gel 2%
10 cc ClNa 0.9% o agua estéril
1000cc ClNa 0.9 %

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

VIII DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Realice higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	1. Evita la diseminación de gérmenes.
2. Explique al paciente y/o familiar el procedimiento y disponga de las medidas para asegurar su privacidad.	2. Facilita la colaboración del paciente.
3. Prepare el equipo, material y colóquese el equipo de protección personal (gorra, guantes no estériles y mascarilla).	3. Ahorra tiempo, energía y disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.
4. Realice la higiene perineal según guía de procedimiento.	4. Permite la exposición de los genitales para el procedimiento. Evita el ingreso de microorganismos por vía ascendente.
5. Prepare el campo estéril y material necesario	5. Ahorra tiempo y energía.
6. Realice higiene de manos y colóquese guantes estériles.	6. Sirve de barrera protectora contra gérmenes.
7. Aseptice el meato urinario con solución de Clorhexidina al 2 %, y enjuague con agua estéril.	7. Evita la propagación de los gérmenes de la parte externa a la parte interna.
8. Coloque el campo fenestrado dejando expuesta la zona genital.	8. La manipulación del catéter siempre se realizara de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles.
9. Lubrique la sonda con la xilocaina en gel al 2 %.	9. Facilitará el pase de la sonda por la uretra y la disminución del dolor por el procedimiento.
10. Si es varón, coja la sonda con la mano derecha y con la mano izquierda sujetar el pene sin presionar, retirar el prepucio y poner el pene en posición vertical, levantando hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen. -Introducir la sonda suavemente hasta aproximadamente 30 cm. Sin forzar la introducción.	10. Favorece la realización del procedimiento endereza el canal urinario para facilitar la introducción de la sonda. -En adulto varón la uretra mide aproximadamente de 15 a 20 cm.
11. Si es mujer, separe con la mano no dominante los labios, ubica el meato urinario e introduzca la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.	11. Favorece la realización del procedimiento para facilitar la introducción de la sonda.
12. Verifique retorno de orina e inyecte suero fisiológico al balón de fijación. Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflara el globo con 10 cc de agua destilada estéril y/o suero fisiológico o la indicada en la válvula y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.	12. El inflado del balón fija la punta de la sonda por encima de la salida vesical, para evitar la extracción accidental de la sonda.
13. Conecte el catéter al sistema bolsa colectora. Si fuera necesario. -Use sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, y bolsa colectora.	13. Previene el derrame de la orina al momento de inserción del catéter y la expulsión de la orina.
14. Fije con esparadrapo hipoalergénico, la conexión de la sonda a la parte superior del muslo o inferior del abdomen, evite tracción de la sonda vesical. Asegurar de que la bolsa de drenaje se situé por debajo del nivel de la vejiga.	14. Evitar acodamientos de la sonda o del sistema del equipo.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

15. Deseche el material usado y quítese los guantes.	15. Evita la diseminación de gérmenes.
16. Registre fecha de inserción, en la zona del muslo.	16. Favorece la seguridad del paciente.
17. Deje cómodo al paciente.	17. Brindar seguridad y confort.
18. Realice higiene de manos.	18. Evita la diseminación de gérmenes.
19. Registre el procedimiento en los registros de enfermería. (Kardex y en las Notas de evolución de Enfermería de la historia clínica.)	19. Mantiene informado al equipo de salud.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN CATETERISMO O SONDA VESICAL

COMPLICACIONES	ACCIONES
Obstrucción de la sonda.	1. Valore si presenta globo vesical. 2. Controle la diuresis. 3. Valore la causa de la obstrucción. 4. Intente desobstruir de forma manual: comprimiendo la sonda y en el tubo de drenaje entre los dedos. 5. Verifique la permeabilidad. 6. Comunique al médico tratante. 7. Registre todo lo acontecido en las notas de Enfermería.
Infección urinaria.	1. Inicie tratamiento según prescripción médica. 2. Retire el catéter vesical con cuidado. 3. Realice la higiene de genitales. 4. Coloque nuevo equipo de catéter vesical, con todas las medidas asépticas. 5. Aplique cuidados con la bolsa colectora debe vaciarse cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y cambiarse cada semana. 6. Mantener la bolsa de orina por debajo de la vejiga. 7. Controle diuresis. 8. Monitoree temperatura corporal. 9. Registre todo lo acontecido en las notas de Enfermería.
Hematuria	1. Valore las características de la orina en la bolsa colectora. 2. Verificar la permeabilidad del catéter vesical. 3. Realice el lavado vesical continúo 4. Comunique al Médico responsable. 5. Registre todo lo acontecido en las notas de Enfermería.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

X BIBLIOGRAFÍA

1. Fong S. Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. CUBA, vol. 18 núm. 11, EDISAN Noviembre 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001100006&lng=es

2. Mazzo A. Cateterismo urinario permanente: Práctica clínica. Murcia Rev. Enfermería. Global vol. 14 núm. 38 pág. 50-59. Abril 2015.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000200003&lng=es

3. Fonseca A, Veludo F. Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 24, 2016. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-0963-2678.pdf

4. Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria Enfermería Comunitaria. España (Revista SEAPA). Vol. 4 núm. 1 pág. 28-45. Febrero2016.

5. Abasolo I. Protocolo de sondaje vesical uso, inserción, mantenimiento y retirada. Hospital universitario Donostia 2014. http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/SONDAJE%20VESICAL OCTUBRE2014.pdf

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

XI ANEXO

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CATETERISMO VESICAL				
FECHA:	**HORA DE INICIO:**		**HORA DE TERMINO:**	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO		**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
1	Realiza higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
2	Explica al paciente y/o familiar el procedimiento y disponga de las medidas para asegurar su privacidad.			
3	Prepara el equipo, material y colóquese el equipo de protección personal (gorra, guantes no estériles y mascarilla).			
4	Realiza la higiene perineal según guía de procedimiento.			
5	Prepara el campo estéril y material necesario.			
6	Realiza higiene de manos y se coloca guantes estériles.			
7	Aseptiza el meato urinario con solución clorixidina al 4 %, y enjuague con agua estéril.			
8	Coloca el campo fenestrado dejando expuesta la zona genital.			
9	Lubrica la sonda con la xilocaina en gel al 2 %.			
10	Si es varón, coge la sonda con la mano derecha y con la mano izquierda sujetar el pene sin presionar, retira el prepucio y pone el pene en posición vertical, levantando hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen. Introduce la sonda suavemente hasta aproximadamente 30 cm. Sin forzar la introducción.			
11	Si es mujer, separa con la mano no dominante los labios, ubica el meato urinario e introduzca la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.			
12	Verifica retorno de orina e inyecte suero fisiológico al balón de fijación. Una vez introducido el catéter en vejiga, se inflara el globo con 10 cc de agua destilada estéril y/o suero fisiológico o la indicada en la válvula y se traccionará levemente, hasta notar resistencia, para asegurar su anclaje.			
13	Conecta el catéter al sistema bolsa colectora. Si fuera necesario. Usa sistemas de drenajes cerrados, evitando la desconexión entre sonda, y bolsa colectora. Fija con esparadrapo hipoalergénico, la conexión de la sonda a la parte superior del muslo o inferior del abdomen, evite tracción de la sonda vesical. Asegurar de que la bolsa de drenaje se situé por debajo del nivel de la vejiga. Desecha el material usado y quítese los guantes.			
14	Registra fecha de inserción, en la zona del muslo.			
15	Deja cómodo al paciente.			
16	Realiza higiene de manos.			
17	Registra el procedimiento en los registros de enfermería. (kardex y notas de enfermería)			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO				
>80 % Aprobado.				
FIRMA DEL EVALUADOR		FIRMA DEL EVALUADO		

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° UNIDAD DE ASESORIA ACADEMICA

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN TRANSPORTE DE PACIENTE NO CRÍTICO

CODIGO : GPAE – 006 **SIN CPT**

II DEFINICION:

Transporte de paciente en camilla o en silla de ruedas, es un procedimiento que implica movilizar a un paciente de un lugar a otro, sea intra o extra hospitalario para la realización de un examen o como transferencia. Debe realizarse de manera segura evitando el riesgo a caídas.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar el procedimiento del traslado de pacientes no crítico en silla de ruedas y camilla.
- ✓ Facilitar el traslado del paciente, en condiciones de seguridad y comodidad, tanto para el paciente como para el personal de salud.
- ✓ Prevenir riesgos de caídas, en el momento del traslado del paciente.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

El proceso de traslado debe promover la seguridad y la satisfacción del paciente, así como garantizar la necesidad de información en las unidades receptoras de los pacientes. Tener siempre en cuenta los principales factores que deben comunicarse durante el traslado: patologías actual, el motivo del traslado, diagnóstico médico, la capacidad cognitiva y funcional del paciente, tratamiento médico, alergias, problemas de signos vitales, valoración de la función respiratoria y los aspectos de su seguridad.

III RESPONSABLES

Lic. Enfermería (Valoración, preparación y Evaluación)
Técnico. Enfermería: (preparación y transporte)

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Paciente que requiere traslado en camilla o silla de ruedas para su atención.
- ✓ Pacientes con indicación de procedimientos como pruebas de diagnóstico.
- ✓ Pacientes que requieren interconsultas.

RELATIVAS

- ✓ Enfermos en situación de alta.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

✓ Pacientes en condición inestable

RELATIVAS

✓ No tiene

VI REQUISITOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: No requiere.
De acuerdo a la condición del paciente se le informará a él o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPO BIOMEDICO:

01 Camilla de transporte con barandas

01 Silla de ruedas

01 Coche de traslado con balón de oxígeno (En caso necesario).

01 Soportes adecuados para los dispositivos que lleve el paciente.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE:

01 Riñonera

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE:

Equipo básico para el transporte de paciente

01 Mandilón descartable
01 Gorro descartable
01 Mascarilla
02 Sábanas.
01 Cubre camas
01 par de guantes descartables

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° UNIDAD DE ASESORIA ESPECIALIZADA

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIIENTO	FUNDAMENTO
1. Verifique la indicación e identifique al paciente, y coordine con el personal responsable del traslado al área que corresponda (interconsulta, TAC, ecografía, etc).	1. Facilita la organización y anticipación del proceso del traslado del paciente.
2. Informe al paciente o a la familia del procedimiento a realizar.	2. Facilita la colaboración del paciente.
3. Valore el estado del paciente para elegir el transporte más adecuado (silla de ruedas/ camilla).	3. Por la seguridad del paciente.
4. Verifique el correcto clampado de los catéteres, drenajes, etc. Antes del traslado.	4. Para evitar retiro, compresión de los drenajes y evitar eventos adversos.
5. Protege al paciente con bata, sábana o colcha.	5. Para proteger la intimidad del paciente.
6. Mantener en alto las barandas de la camilla durante el traslado.	6. Para evitar caídas.
7. El recorrido por donde el paciente será movilizado debe ser seguro y adecuado.	7. El técnico durante el traslado del paciente evitará accidentes
8. Indiqué al Técnico de Enfermería cuando traslada a un paciente, debe permanecer con el hasta devolver a su lugar de origen.	8. Para evitar eventos adversos.
9. Dejar cómodo y seguro al paciente en su unidad y comunicar a la Enfermera.	9. Conservar en todo instante la seguridad Dejar cómodo y seguro al paciente en su unidad y comunicar a la enfermera. del paciente para su bienestar.
10. El técnico registrará el traslado realizado durante su turno en cuaderno de control diario.	10. Para dejar constancia del trabajo realizado y la estadística mensual

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN TRANSPORTE DE PACIENTE NO CRÍTICO

COMPLICACIONES DURANTE EL TRASLADO	ACCIONES
Riesgo de Caídas del paciente	✓ Cuide que durante el traslado los movimientos deben ser rápidos y coordinados, con el personal. ✓ Verifique que las barandas de la camilla estén levantadas. ✓ Camillas y silla deben estar en buen estado.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
V°B°
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
V°B°
OFICINA DE ASESORIA ASISTENCIAL

X BIBLIOGRAFIA

1. Carreras G, Brío S. Prevención de complicaciones en el transporte interhospitalario aéreo del paciente crítico pediátrico. España. Asociación de España de Pediatría. Vol. 81, núm. 4. Noviembre 2013.

2. Ramírez I. Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. Chile. Revista Ciencia y Enfermería XXI. Vol. 1. pág. 35-43, 2015.
https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_04.pdf

3. Silva R. Nazareth A. Checklist para o transporte intra-hospitalario de pacientes Internados unidades de terapia intensiva. Brasil. Vol. 24, núm. 2 pág. 539-47. Abr-Jun 2015.
http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00539.pdf

XI ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN TRANSPORTE DE PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS Y CAMILLA			
FECHA: **HORA DE INICIO :** **HORA DE TERMINO :**			
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1. Verifica la indicación e identifica al paciente, y coordine con el personal responsable del traslado al área que corresponda (interconsulta, TAC, ecografía, etc).			
2. Informa al paciente o a la familia del procedimiento a realizar.			
3. Valora el estado del paciente para elegir el transporte más adecuado (silla de ruedas/ camilla).			
4. Verifica el correcto clampado de los catéteres, drenajes, etc.			
5. Protege al paciente con bata, sábana o colcha.			
6. Mantiene en alto las barandas de la camilla durante el traslado.			
7. El recorrido por donde el paciente será movilizado debe ser seguro y adecuado.			
8. Indica al Técnico de Enfermería cuando traslada a un paciente para un procedimiento debe permanecer con el paciente hasta devolver a su lugar de origen.			
9. Deja cómodo y seguro al paciente en su unidad y comunicar a la Enfermera. (El técnico)			
10. El técnico registrará el traslado realizado durante su turno en cuaderno de control diario.			
>80 % APROBADO.			
FIRMA DEL EVALUADOR FIRMA DEL EVALUADO			

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PREVENCION DE RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

I. ASPECTO GENERALES

Riesgo de caídas según NANDA Internacional 2015-2017 se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas, que pueda causar daño físico y comprometer la salud.

FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS

Se han documentado varios factores de riesgo relacionados con caídas,que se pueden clasificar en dos:

1. **Intrínsecos:** Se denominan así aquellos factores que predisponen a caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo. De éstos, encontramos factores tanto modificables como no modificables. A su vez dentro de éstos, se incluyen los cambios fisiológicos, las enfermedades agudas y crónicas y el consumo de fármacos.

   a. **Factores fisiológicos del envejecimiento que favorecen las caídas.**
   - ✓ Pérdida del poder de acomodación y disminución de la agudeza visual.
   - ✓ Alteraciones en la conducción nerviosa vestibular.
   - ✓ Angioesclerosis del oído interno.
   - ✓ Atrofia muscular y de partes blandas.
   - ✓ Degeneración de las estructuras articulares.

   b. **Enfermedades que favorecen las caídas**
   - ✓ Patología cardiovascular: Sincope, trastornos del ritmo, insuficiencia cardiaca.
   - ✓ Patología neurológica/psiquiatría: accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, crisis epilépticas, tumores intracraneanos, depresión y ansiedad.
   - ✓ Patología del aparato locomotor: artrosis, osteoporosis.
   - ✓ Patología sistemática: infecciones, trastornos endocrino-metabólicos y hematológicos.
   - ✓ Trastorno visual o vestibular

   c. **Grupo de fármacos que más frecuentes se asocian a caídas**
   - ✓ Antihipertensivos: beta bloqueadoras, IECAS, diuréticos.
   - ✓ Alcohol, fenitoina
   - ✓ Antidepresivos

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

2. **Extrínsecos:** Son también llamados ambientales y se pueden agrupar en aquellos que se encuentran en la vivienda, vía pública y medios de transporte.
   - ✓ Mobiliario instable.
   - ✓ Iluminación no adecuada.
   - ✓ Piso resbaloso.
   - ✓ Pisos desnivelados.
   - ✓ Alfombras o tapetes arrugados.
   - ✓ Escaleras inseguras.
   - ✓ Calzados inadecuados.
   - ✓ Desconocimiento del lugar.
   - ✓ Ir al baño o bañarse.
   - ✓ Barandilla de la cama inadecuada.
   - ✓ Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
   - ✓ Ropa y calzado inadecuado.

POBLACION OBJETIVO:

Todo paciente adulto hospitalizado.

OBJETIVO:

- Estandarizar cuidados en la prevención de caídas en pacientes adultosque asisten o permanecen hospitalizados en el Hospital Cayetano Heredia.
- Unificar criterios técnicos asistenciales en la intervención de enfermería en paciente con riesgo de caídas.
- Identificar los riesgos potenciales de caídas en los pacientes adultos, brindado la atención oportuna para la prevención de complicaciones.

PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada de enfermería.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDICIPLINARIA	GRADO DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00155 - **RIESGO DE CAÍDAS** **R/C** • Antecedentes de caídas. • Edad ≥ 65 años. • Deterioro del equilibrio. • Dificultad de la marcha. • Deterioro de la movilidad. • Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. • Deterioro de la visión. • Iluminación insuficiente	**Código(1902)** Control del riesgo **Código (0202)** Equilibrio **Código (0212)** Movimiento coordinado **Código (1828)** Conocimiento: prevención de caídas.	**(6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS** • Identifique déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas. Aplique la escala valoración de riesgo de caídas (J.H.downton).(Anexo 01) • Identifique conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. • Pregunte al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda. • Ayude a la deambulación de las personas inestables. (Anexo 02). • Frene las ruedas de las sillas, camas en la transferencia del paciente. • Proporcione dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una	• Caída • Fracturas de caderas, muñeca • Hematomas subdurales • Heridas contusas cortantes en cuero cabelludo	• Médico General • Radiólogo • Traumatólogo • Neurólogo	II -III-IV	• **(190220)** Identificar los factores de riesgo. • **(190201)** Reconoce los factores de riesgo personales y del medio ambiente. • **(190214)** Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. • **(020202)** Mantiene equilibrio mientras está

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

		marcha estable. (Anexo 03) • Revise los antecedentes de caída con el paciente y la familia. • Identifique las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. • Ayude y/o supervise la deambulación de la persona inestable. • Instruye al paciente y/o familia para que pida ayuda al movilizarse. • Utilice la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, etc. (Anexo 04) • Utilice barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama, si es necesario. • Evite la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. • Disponer una iluminación adecuada que asegure la visibilidad. • Eduque a los miembros				sentado. • **(020203)** Mantiene equilibrio al caminar • **(020212)** Mantiene el equilibrio al levantarse desde la posición de sentado. • **(021206)** Estabilidad del movimiento. • **(021207)** Movimiento equilibrado • **(182802)** Uso correcto de los mecanismos de seguridad. "Son todo herramienta que permite la

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

		de la familia sobre los factores de riego que contribuyan a las caídas. **(1806)** **Ayude con el autocuidado: transferencia** • Determine la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (Anexo 05). • Elige técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. • Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia. **(6486)** **Manejo ambiental: seguridad** • Idinfique las necesidades de seguridad, según función física cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Identifique los riesgos de seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).				protección de los pacientes" • **(182804)** Uso correcto de barras para apoyarse. • **(182809)** Uso de procedimientos seguros de traslado.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

R/C • Alteración de la función cognitiva. • Alteración del nivel de glucosa en sangre. • Agentes farmacológicos. • Sujeciones insuficientes en la cama, camilla o silla de ruedas • Supervisión insuficiente. • Periodo de repercusión postoperatoria.	**Código(0911)** Estado neurológico: control motor central **Código(1934)** Entorno seguro asistencia sanitaria **Código(1909)** Conducta de prevención de caídas **Código(2303)** Estado de recuperación posterior al	**(6610) Identificación de riesgos** • Considere los criterios útiles para priorizar las áreas de reducción de riesgo. • Comente y planifique las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el paciente. **(0970) Transferencia** • Determine el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar. • Determine la cantidad y tipo de asistencia necesaria. • Comente con el paciente y colaboradores sobre cómo se realizara el traslado. • Ayude al paciente a recibir todos los cuidados necesarios antes de realizar el traslado, según corresponda. • Levante las barandillas de la camilla o cama para evitar que el paciente se caiga. • Utilice una mecánica				• **(091101)** Equilibrio • **(091113)** Anomalías de la marcha • **(193405)** Cama en posición baja • **(193406)** Disposiciones de los muebles para reducir riesgo según las necesidades del paciente. • **(190923)** Pide ayuda. • **(190919)** Utiliza procedimientos de traslado seguros. • **(190916)** Controla la inquietud

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Dominio 11 Seguridad/ protección **Clase 2** Lesión física	procedimiento	corporal adecuada durante los movimientos. • Mantener el cuerpo del paciente bien alineado durante los movimientos. • Mueve al paciente con un tablero o transfer si es necesario. • Utilice una camilla o cama para mover a un paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra. comprobando la alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel de comodidad adecuada del paciente, barandillas laterales elevadas. • Utilice una silla de ruedas para mover a un paciente que pueda desplazarse.				• **(190917)** Utiliza precauciones cuando toma medicamentos que aumenta el riesgo de caídas. • **(230314)** Mueve las extremidades según se le ordene • **(230315)** Tolerancia de la ambulación

BIBLIOGRAFIA

1. T.H. Herman, S. Kamitsuru. NANDA International - NURSING DIAGNOSIS: Definicoones y Clasificaciones T.H. Herman SK, editor. Barcelona -España: ELSERVIER; 2015-2017.
2. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto (Río de Janeiro). 2014;13(2):86-95.
3. Otoya Torres w. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José. Perú. 2016,UNMSM. Pérez Rodríguez A, et al. Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, México, 2014;
4. Cavalcante T, Araujo TL, Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Silva VM. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients. Latino- Am. Enfermagem. 2013 Setiembre; 21(258).
5. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificacion de Intervenciones de Enfermaría (NIC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
6. Moorhead J, Swanson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ANEXO 01

ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS(J.H.DOWNTON)

CRITERIOS DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
MEDICAMENTOS	TRANQUILIZANTES,SEDANTES	1
	DIURETICOS HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS,ANTIDEPRESIVOS,OTROS	1
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
	AGITACION PSICOMOTORA	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	ASISTIDA CON ELEMENTOS DE APOYO	1
	REPOSO ABSOLUTA POSTRADO	1

TOTAL PUNTAJE

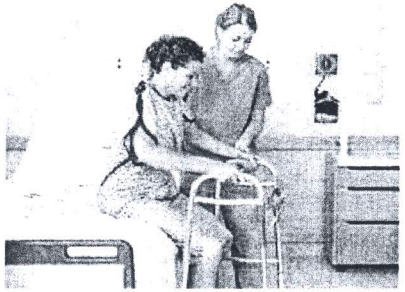
CALIFICACION:

RIESGO BAJO: 0 A 2 PUNTOS
RIESGO MEDIO: 3 A 4 PUNTOS
RIESGO ALTO : 5 A 9 PUNTOS

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ANEXO 02

AYUDE A LA DEAMBULACIÓN DE LAS PERSONAS INESTABLES



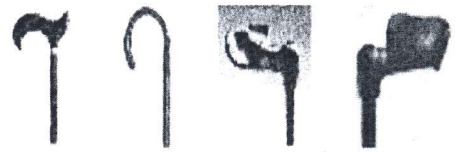
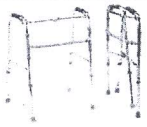
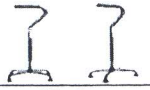
LEVANTARSE DE LA CAMA

CAMINAR EN EL PASADIZO, BAJAR LAS ESCALERAS, AL IR AL BAÑO.
CAMINAR POR EL PASADISO. ESCALERA. BAÑO

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA • DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA • V°B°

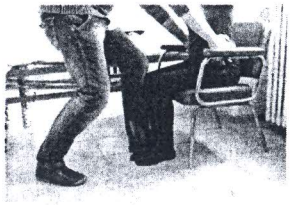
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

ANEXO 03

DISPOSITIVOS DE AYUDA	CARACTERISTICAS	
BASTONES	Con empuñaduras diferentes; cada persona necesita un tipo la empañadura que se adapte a las características de su mano.	
SUJETA BASTONES	Pensado para sujetar el bastón y evitar su caída.	
CORREA SUJETA BASTONES	Permite tener las manos libres, así como tener siempre el bastón disponible.	
CAMINADOR	Este tipo de ayuda ofrece a posibilidad de caminar a aquellas personas con miedo a caer o marcha inestable; es de altura regulable y es muy importante que es adaptado al usuario y que este aprenda como debe usarlo	
SILLA DE RUEDAS	Para el interior, para exterior, autopropulsable, con inodoro	
BASTON CON 3 Y 4 APOYO	La base del bastón proporciona una mayor tracción en superficies lisas.	
MULETA	Es un apoyo para el cuerpo humano diseñado con èl propósito de asistir al caminar cuando una de las extremidades inferiores requiere soporte adicional durante el desplazamiento	

ANEXO 04

LA TÉCNICA ADECUADA PARA COLOCAR Y LEVANTAR AL PACIENTE DE LA SILLA DE RUEDAS O CAMA



1

2

3

4

5

Silla de ruedas

(PREVIAMENTE CON LOS FRENOS ASEGURADOS)

Cama

(PREVIAMENTE CON LOS FRENOS ASEGURADOS)

ANEXO 05
MEDICIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS
(ESCALA DE COMA GLASGOW)

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. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

RESPUESTA OCULAR (apertura de ojos)		
Respuesta	**Descripción**	**Valor**
Espontanea	Abre los ojos espontáneamente	**4 puntos**
Al hablarte	Hay apertura al estímulo verbal, no necesariamente por la orden "abra los ojos", puede tratarse de cualquier frase.	**3 puntos**
Al dolor	No abre los ojos con los estímulos anteriores, abre los ojos con estímulos dolorosos	**2 puntos**
Ninguna	No abre los ojos ante ningún estimulo	**1 puntos**
RESPUESTA VERBAL		
Orientada	En tiempo, lugar y persona.	**5 puntos**
Confusa	Puede estar desorientado en tiempo, lugar o persona (o en todas), tiene capacidad de mantener una conservación, sin embargo no proporciona respuestas precisas.	**4 puntos**
Palabras inapropiadas	Usa palabras que tienen poco o ningún sentido, las palabras pueden decirse gritando, esporádicamente o murmurando.	**3 puntos**
Sonidos Incomprensibles	Hace sonidos ininteligibles (quejidos o gemidos).	**2 puntos**
Ninguna	No emite sonidos ni habla.	**1 puntos**
RESPUESTA MOTORA		
Obedece ordenes	Sigue ordenes, inclusive si hay debilidad	**6 puntos**
Localiza el dolor	Se intenta localizar o eliminar los estímulos dolorosos	**5 puntos**
De retirada al dolor	Se aleja de estímulos doloroso o puede flexionar el abrazo hacia la fuente de dolor, pero en realidad no localizar o eliminar la fuente de dolor	**4 puntos**
Flexionar anormal	Flexionar anormal y aducción de los brazos, además de extensión de miembros pélvicos con flexionar plantar(posición de decorticacion)	**3 puntos**
Extensión anormal	Aducción y rotación interna de las extremidades superiores e inferiores (descerebración)	**2 puntos**
Ninguna	No hay respuesta, incluso con estímulos dolorosos	**1 puntos**

PUNTUACION	15 NORMAL
	< 9 GRAVEDAD
	3 COMA PROFUNDO

Fuente: J.E.Muñana-Rodriguez y A. Ramirez-Elias, Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado, Enfermería Universitaria-2014

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA