



“PROFESOR JUAN BOSCH”

**HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DEL
CIBAO CENTRAL “PROF. JUAN BOSCH”**

**GERENCIA MÉDICA Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROTOCOLOS
DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**Agosto 2005
La Vega, R.D.**

INDICE

I. Créditos

II. Generales del Departamento

- a) Nombre
- b) Descripción del Departamento
- c) Oferta de Servicios

III. División Administrativa

- a) Cargos del Departamento
- b) Organigrama
- c) Requisitos para los Cargos (Perfil Técnico)
- d) Línea de Mando, Funciones y Responsabilidades de los Cargos

IV. Derechos y Beneficios del Personal del Servicio.

V. Disposiciones Generales.

VI. Protocolos de Actuación del Departamento

I. CREDITOS

Coordinación General:

Dr. José Peguero Calzada

Presidente Comité Pre-apertura

Dr. Ramón Alvarado

Director Regional de Salud

Gerente Medico y Servicios Complementarios:

Dr. Manuel Gil

Jefe Departamento:

Lic. Milagros del Rosario de la Cruz Núñez

Consultor Principal:

Dr. Roberto Cerda Torres

Coordinación Técnica Consultoría:

Dra. Juliana Fajardo

Consultor para la Organización Área Clínica y Quirúrgica:

Dra. Violeta González Pantaleón

Consultor para la Organización Depto. Enfermería

Lic. Berta E. de la Cruz

II. GENERALES DEL DEPARTAMENTO:

DEPARTAMENTO ENFERMERÍA

b) Descripción del Departamento:

Es la unidad clínica y quirúrgica dependiente de la Gerencia Médica y Servicios Complementarios destinada a prestar servicios constantes, personalizados y de alta calidad al usuario, a la familia y a la comunidad, así como asistir al personal médico en todas las intervenciones que se realicen con el usuario a los fines de garantizar las mejores atenciones.

c) Oferta de Servicios:

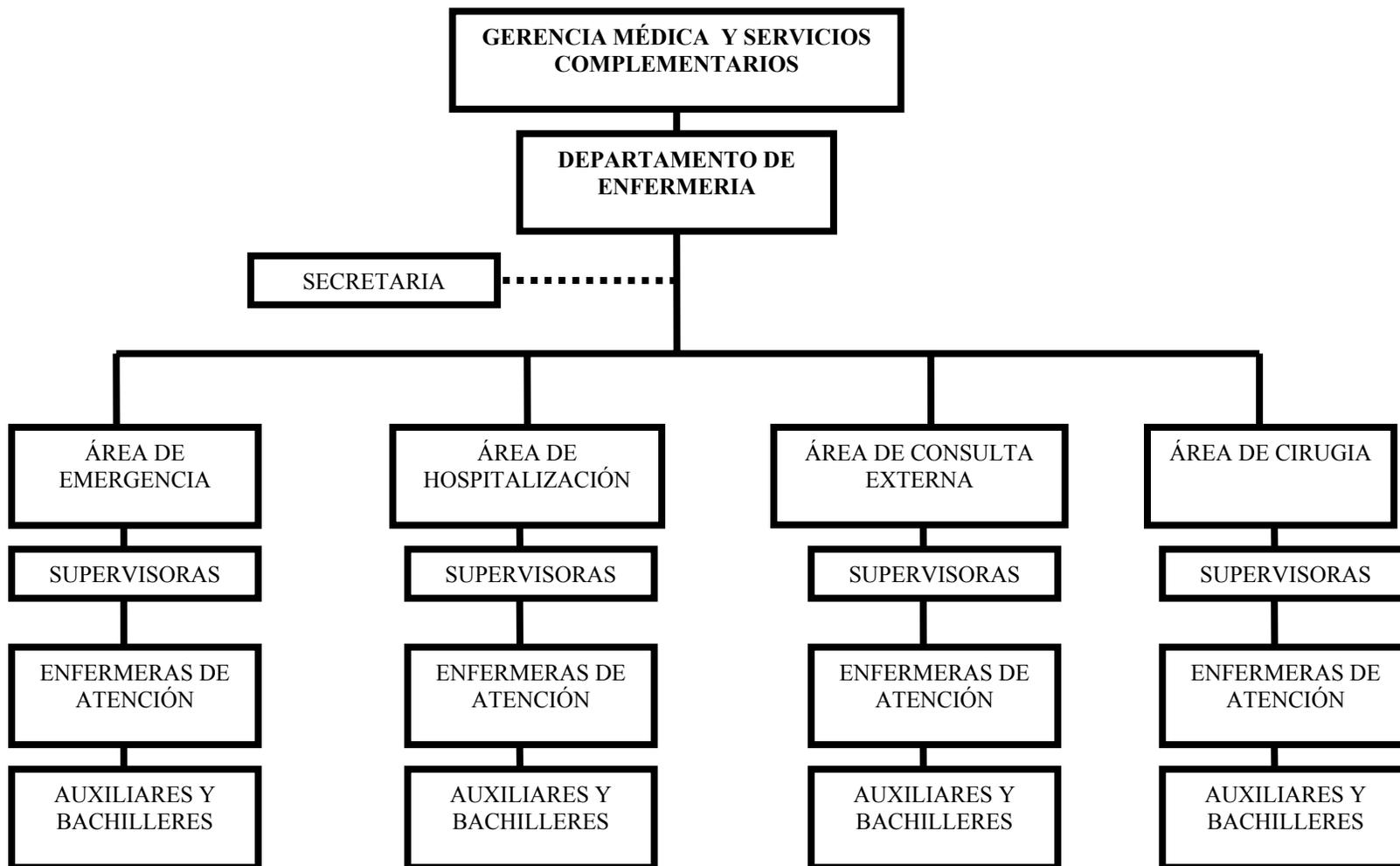
Realizar dietas del usuario, Proporcionar higiene general, Toma de signos vitales, Proporcionar apoyo emocional a usuarios y familiares, Arreglo de unidad de usuario, Administración de medicamentos, Colocación de sonda vesical y nasogastrica, Protección de las áreas de presión, Traslado de usuarios a las diferentes áreas, Cuidados post mortem, Admisión y egreso del usuario, Escritura en expediente clínico y kardex de medicamento, Asistencia al médico y orientación al usuario en consulta externa, Alimentación asistida a discapacitados, Toma de muestras de orinas y heces fecales, Pase de visita con el médico a los usuarios, Asistir en colocación de catéter venoso central, Medir presión venosa central "PVC", Circular en área quirúrgica, Controlar balance hídrico de los usuarios, Solicitar los insumos necesarios, Toma de temperatura, Reanimación cardio pulmonar "RCP", Oxigenoterapia, Aspiración naso gástrica, Cuidado de traqueotomía, Higiene bucal, Colocación de patos u orinales, Preparación y esterilización de material quirúrgico, Canalización de vías periféricas, Preparación pre-quirúrgica, Orientación a usuarios y familiares antes de la cirugía, Realización de curas, Vigilar monitoreo de usuario de UCI, Cambio de posición según necesidad, Aplicación de enemas evacuantes, Aplicación de lámparas de calor, Masaje percutorio, Aspiración endotraqueal, Lavado de manos, Uso de guante estéril, Alimentación enteral y parenteral por bomba de infusión

III. DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:

a) CARGOS DEL DEPARTAMENTO

- Jefe de Enfermería
- Encargadas de Enfermería
- Supervisoras
- Licenciadas de Enfermería
- Auxiliares y Bachilleres Técnicos de Enfermería
- Secretarias.

b) ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO



c) REQUISITOS PARA LOS CARGOS DEL SERVICIO

JEFA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:

- Poseer exequátur de ley
- Graduada en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la secretaria de educación superior, ciencia y tecnología (SEESCYT)
- Edad promedio de 30-40 años.
- Poseer por lo menos 5 años de práctica continua
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos tres años, más de ocho horas de duración.
- Poseer capacitación en gerencia de salud (no imprescindible, pero si es elegido en el cargo debe capacitarse en esta área).
- Capacidad de organización y trabajo en equipo
- Dominio del computador (Microsoft office)
- Buenas relaciones humanas
- Vocación de liderazgo
- Demostrar competencia para el cargo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución

SUPERVISORAS Y ENCARGADAS DE ENFERMERÍA

- Poseer exequátur de ley
- Graduada en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la secretaria de educación superior, ciencia y tecnología (SEESCYT)
- Edad promedio de 25-40 años.
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos tres años, más de ocho horas de duración.
- Poseer por lo menos un diplomado
- Capacidad de organización y trabajo en equipo
- Dominio del computador (Microsoft office)
- Buenas relaciones humanas
- Vocación de liderazgo
- Demostrar competencia para el cargo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución

LICENCIADA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN

- Poseer exequátur de ley
- Edad promedio de 18-40 años.
- Graduada en una escuela reconocida y avalada por una universidad reconocida y certificada por la secretaria de educación superior, ciencia y tecnología (SEESCYT)
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos tres años, más de ocho horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo
- Dominio del computador (Microsoft office)
- Buenas relaciones humanas
- Demostrar competencia para el cargo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución

AUXILIARES Y BACHILLERES TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

- Graduado en institución reconocida por la SEESCYT
- Poseer por lo menos 3 años de práctica continua
- Edad promedio de 18-40 años.
- Al menos 3 cursos de actualización en los últimos tres años, más de ocho horas de duración.
- Capacidad de trabajo en equipo
- Dominio del computador (Microsoft office)
- Buenas relaciones humanas
- Demostrar competencia para el cargo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución

AUX. DE AVANZADA DEL DPTO. ENFERMERIA

- Aux. Enfermería graduada (o) en una universidad o Instituto reconocido por el SEESCYT.
- De preferencia sexo masculino
- Edad promedio 20 a 40 años
- Entrenamiento en manejo y traslado de paciente de al menos un año.
- Poseer por lo menos un año de práctica continua. (Ideal en el área quirúrgica)
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Buenas relaciones humanas.
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución.
- Demostrar competencia para el cargo.

SECRETARIA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

- Graduada en universidad o instituto reconocido.
- Tener dos años de prácticas continuas.
- Edad promedio de 18- 40 años.
- Capacidad de trabajo en equipo
- Dominio del computador (Microsoft office)
- Buenas relaciones humanas
- Demostrar competencia para el cargo
- Dispuesto a cumplir con los objetivos de la institución
- Buena redacción y ortografía

d) LÍNEA DE MANDO, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS CARGOS

JEFA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Superior Inmediato: Gerente Médico

Cargo (s) Bajo su Mando: Supervisoras, encargadas de áreas, licenciadas de enfermería de atención, auxiliares de enfermería y secretaria.

a) Labores Genéales:

- ✘ Es responsable del buen funcionamiento del servicio
- ✘ Garantizar que el personal cumpla a cabalidad con el horario de trabajo establecido y tareas asignadas, estableciendo la debida jerarquía. Brindando un trato humanizado y respetuoso a su personal
- ✘ Organización de departamento
- ✘ Organizar la entrega de servicio
- ✘ Ante cualquier eventualidad en el servicio debe estar dispuesto a acudir al llamado para buscar solución al problema presentado.
- ✘ Distribuir el personal de salud de acuerdo a los servicios y áreas que posea el centro.
- ✘ Cumplir y garantizar el cumplimiento de los protocolos de atención y reglamentos del servicio
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad de las personas bajo su dependencia
- ✘ Velar por la correcta ubicación y mantenimiento de los equipos y materiales de su servicio
- ✘ Poseer un archivo con expedientes de cada persona del servicio donde se incorporan las distinciones, capacitaciones y entrenamientos, las sanciones y curriculum vitae de estos
- ✘ Garantizar el trato humanizado, de respeto y calidad a los usuarios del servicio
- ✘ Programar reuniones periódicas con el personal
- ✘ Planificar la educación continuada

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Acudir diariamente al servicio por lo menos seis horas continuas
- ✘ Acudir a las entregas de servicios
- ✘ Supervisar la calidad, actitud, y responsabilidad del trabajo de las personas bajo su dependencia
- ✘ Supervisar el cumplimiento y aplicación de los protocolos y disposiciones generales del servicio
- ✘ Supervisar el buen llenado del expediente clínico
- ✘ Supervisar que su personal cumpla con el horario establecido
- ✘ Supervisar la correcta utilización y manteniendo de los equipos y materiales de su servicio
- ✘ Garantizar que el personal posea los instrumentos e insumos necesarios para realizar su trabajo
- ✘ Todas las tomas de decisiones que realizara en el servicio, serán en base al análisis de las informaciones producidas en este

Actividades Periódicas:

- ✘ Elaborar y/o actualizar en consenso y participación de todo el personal de su equipo, los protocolos del servicio
- ✘ Recomendar premios, incentivos, reconocimientos, asensos, y sanciones para su personal
- ✘ Presentar a cada miembro de su personal cuales son sus funciones dentro del servicio
- ✘ Pase de visitas a su personal
- ✘ Elaborar plan de capacitación y entrenamiento del personal del servicio
- ✘ Evaluar cada semestre el desempeño del personal de servicio, para programa de incentivos, promoción, reconocimiento
- ✘ Formular, ejecutar, y evaluar cuatrimestralmente el plan operativo y estratégico de la unidad y garantizar la ejecución del plan operativo de manera eficiente
- ✘ Coordinar con cierta frecuencia la revisión y actualización de los protocolos del servicio
- ✘ Elaborar la distribución mensual de las supervisoras y encargadas
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del departamento y en actividades científicas externas (talleres, seminarios, congresos, simposium, jornadas de actualización y otros)

Actividades Eventuales:

- ✘ Mediar en situaciones de conflicto presentadas en el personal
- ✘ Solucionar cualquier inconveniente o dificultad presentado en el departamento
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior

ENCARGADO DE ÁREA Y SUPERVISORA DE ENFERMERÍA

Superior Inmediato: Jefe de departamento

Cargo (s) Bajo su Mando: Licenciada de enfermería de atención, Auxiliares de enfermería.

a) Labores Genéales:

- ✘ Es responsable del buen funcionamiento del servicio de enfermería en el área correspondiente
- ✘ Garantiza que el personal cumpla a cabalidad con el horario de trabajo establecido y tareas asignadas brindando un trato humanizado.
- ✘ Supervisar que las funciones del personal bajo su mando sean ejecutadas.
- ✘ Realizar la distribución mensual del personal bajo su mando
- ✘ Evaluar el personal bajo su responsabilidad según esquema del departamento de enfermería.
- ✘ Programar reuniones periódicas con el personal bajo su responsabilidad.
- ✘ Participar en la elaboración del plan de vacaciones anuales.
- ✘ Sugerir y participar en las investigaciones tendientes a mejorar la calidad de atención que se ofrece a los usuarios críticos.
- ✘ Conocer todo lo concerniente a los usuarios de la unidad.
- ✘ Controlar y autorizar permisos y cambios de servicios de tal forma que asegure la distribución del personal y la calidad de atención.
- ✘ Identificar las necesidades de educación permanente en el personal.
- ✘ Mantener buenas relaciones ínter departamental.
- ✘ Realizar entrevista al personal cuando sea necesario.
- ✘ Organizar la entrega de servicios
- ✘ Destacar las debilidades generales para fortalecerlas ofreciendo posibles soluciones
- ✘ Entrevistar y de ser necesario amonestar a su personal inmediato en coordinación con la encargada

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Acudir diariamente al servicio por lo menos 8 horas continuas.
- ✘ Acudir a las entregas de servicio
- ✘ Supervisar la calidad, actitud y responsabilidad de las personas bajo su dependencia
- ✘ Supervisar el cumplimiento y aplicación de los protocolos y disposiciones generales del servicio
- ✘ Supervisar el llenado del expediente clínico
- ✘ Velar por la correcta utilización y mantenimiento de los equipos y materiales de su servicio
- ✘ Garantizar que el personal posea los instrumentos e insumos necesarios para realizar su trabajo
- ✘ Todas las tomas de decisiones que tomará en el servicio serán en base al análisis de las informaciones producidas en este
- ✘ Velar que se mantengan actualizados los planes de cuidado, kardex de medicamentos y mapa de camas.
- ✘ Revisar inventario de medicamentos y material gastable según fecha de asignación.
- ✘ Velar por que se entreguen las dietas de los usuarios a tiempo.
- ✘ Conocer todo lo concerniente a los usuarios de la unidad.
- ✘ Entregar diariamente a la directora del departamento de enfermería un reporte de los usuarios
- ✘ Verificar que se egresen los usuarios de alta en el tiempo correspondiente y con el diagnostico de egreso definitivo
- ✘ Verificar que se admitan los usuarios en el tiempo correspondiente identificando servicio medico, medico responsable, diagnostico de ingreso y cama.

Actividades Periódicas:

- ✘ Pase de visita con su personal
- ✘ Presentar a cada miembro de su personal cuales son sus funciones dentro del servicio
- ✘ Evaluar cada semestre el desempeño del personal de servicio para programas de incentivos, promoción y reconocimiento.
- ✘ Preparar informe mensual de las actividades realizadas en su servicio y enviarla a la jefa de enfermeras
- ✘ Colaborar en la revisión y actualización de los protocolos de servicio
- ✘ Elaborar listado de la distribución mensual de las licenciadas de atención y auxiliares de enfermería

Actividades Eventuales:

- ✘ Mediar en situaciones de conflicto presentadas en el personal
- ✘ Solucionar cualquier inconveniente que se presente en el departamento
- ✘ Cumplir cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior

LIC. ENFERMERÍA DE ATENCIÓN DIRECTA

Superior Inmediato: Encargadas de área y supervisora de enfermería

Cargo (s) Bajo su Mando: Auxiliares de enfermería

a) Labores Generales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su centro laboral
- ✘ Cumplir con las funciones establecidas de su cargo
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado de respeto y caridad a los usuarios del servicio
- ✘ Garantizar la privacidad del usuario cuando se realiza cualquier procedimiento
- ✘ Cumplir y garantizar la aplicación de los protocolos y reglamentos establecidos por el servicio
- ✘ Realizar las gestiones necesarias para el buen manejo y trato del usuario
- ✘ Realizar llenado con calidad de los registros (duros y en formato electrónico) del servicio y la institución
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto entre el jefe del servicio y sus compañeras
- ✘ Asistir a las reuniones que se han convocadas por el departamento o la encargada de la unidad

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Entregar y recibir turnos formalmente usuario por usuario
- ✘ Admitir al usuario, acomodarlo y monitorizar e identificarse con el usuario al llegar a la unidad (saludarlo por su nombre)
- ✘ Explicar al usuario todos los procedimientos que se le realizaran.
- ✘ Tomar signos vitales SOS y registrarlos en el expediente
- ✘ Administrar los medicamentos en las horas indicadas y anotarlos después de que sean administrados.
- ✘ Verificar que se le realicen al usuario todos los análisis y estudios indicados.
- ✘ Realizar glicemia capilar por turno según se requiera
- ✘ Colocar sondas naso gástricas y vesical
- ✘ Realizar cura al usuario según protocolo
- ✘ Mantener el carro de paro equipado y reponer lo usado
- ✘ Medir diuresis y anotar en la hoja de signos vitales o balance hídrico
- ✘ Prepara el alta del usuario y enviar record a facturación
- ✘ Realizar cambios de posición al usuario y dar masajes percutorios con ayuda de la Auxiliar de enfermería
- ✘ Verificar que se de la dieta adecuada a los usuarios
- ✘ Pasar visita con el medico de servicio o delegar en su asistencia
- ✘ Mantener actualizados los planes de cuidado, kardex de medicamento y hacer observaciones en la hoja de enfermería por turno e informar a la supervisora de la disponibilidad de camas, para actualizar el mapa de cama.
- ✘ Velar por la seguridad de las pertenencias del usuario
- ✘ Elaborar planes de cuidado y ponerlos en ejecución
- ✘ Cumplir con las ordenes del expediente clínico de los usuarios
- ✘ Mantener actualizado y organizado el expediente clínico
- ✘ Asistir a los médicos, ayudantes y médicos generales en la realización de los procedimientos (cirugías y otros)
- ✘ Mantener la organización del área de trabajo

- ✘ Nunca debe entregar trabajos atrasados que sean de su responsabilidad, si ocurriese debe tener una buena justificación
- ✘ Realizar y garantizar la correcta utilización y mantenimientos de los equipos y materiales de su servicio. Disposición del equipo completo cuando se va a realizar su procedimiento
- ✘ Limpieza y cuidado del equipo después de usarlo

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continua del departamento y en actividades científicas externas (talleres, seminarios, congresos, jornadas de actualización y otros)
- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución (científicas, técnicas y administrativas)
- ✘ Participar en el seguimiento de las metas del plan estratégico correspondiente al departamento

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible sin afectar sus responsabilidades
- ✘ Cumplir cualquier función asignada por el nivel jerárquico superior

AUX. ENFERMERÍA Y BACHILLER TÉCNICO

Superior Inmediato: Supervisoras, Encargadas de Área y Licenciadas de Atención.

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Generales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su institución
- ✘ Cumplir con las guardias presenciales en el periodo establecido
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado de respeto y calidad a los usuarios y familiares
- ✘ Cumplir con la aplicación de los protocolos y disposiciones del departamento
- ✘ Cumplir con cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Registrar las actividades de enfermería en el expediente clínico, organización de la unidad del usuario, arreglo de camas desocupadas y ocupadas, admitir al usuario, baño del usuario, preparar material estéril, aplicación de calor y frío, alimentar al usuario discapacitado, colocación de patos y enemas, medir ingresos y egresos de líquido, recolección de muestras, cambio de posición de los usuarios, orientación al usuario para cualquier procedimiento, garantizar que los expedientes clínicos estén de forma asequible para los médicos
- ✘ Asistir al medico en los procedimientos que se realicen
- ✘ Entrega de servicio al personal que lo sustituye en la guardia
- ✘ Realizar la correcta utilización de los equipos de su servicio
- ✘ Disponer del equipo y materiales completos cuando se va a realizar un procedimiento
- ✘ Asistir y participar en la revisión de los protocolos

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continuada del departamento de enfermería.
- ✘ Participar de todas las reuniones programadas por el departamento o la institución.

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible sin afectar sus responsabilidades
- ✘ Cumplir cualquier función asignadas por el nivel jerárquico

AUXILIAR DE AVANZADA

Superior Inmediato: Supervisoras, Encargadas de áreas, Lic. Enfermería.

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en su institución
- ✘ Cumplir con las guardias presénciales en el periodo establecido
- ✘ Ofrecer siempre un trato humanizado de respeto y calidad a los usuarios y familiares
- ✘ Cumplir con la aplicación de los protocolos y disposiciones del departamento
- ✘ Cumplir con cualquier otra función que se le asigne por el nivel jerárquico superior

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Trasladar al usuario si es necesario realizar estudios indicados.
- ✘ Ayudar a la enfermera a acomodar, movilizar e inmovilizar al usuario
- ✘ Trasladar al usuario a la unidad de cuidado intensivo o las áreas correspondientes si es necesario
- ✘ En caso de defunción, trasladar al usuario al cuarto frío
- ✘ Realizar traslado de reubicación de usuario entre las diferentes salas
- ✘ Trasladar los usuarios de alta previo aviso de la enfermera responsable
- ✘ Responsable de cambiar los tanques de oxígeno, verificar si están llenos o vacíos si no existe oxígeno central.
- ✘ Avisar a mantenimiento e informar a la enfermera del área cualquier anomalía que se presente
- ✘ Trasladar al usuario con las máxima condiciones de seguridad y confort colocar barandas y cubrir adecuadamente
- ✘ Colaborar con la enfermera en lo que ella considera para beneficio del usuario
- ✘ Identificar al usuario que será trasladado a su lugar correspondiente
- ✘ Realizar cualquier actividad que le sea delegada por un superior

Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en todas las actividades programadas del servicio y de la institución
- ✘ Participar en las actividades programadas de educación continuada del departamento de enfermería.
- ✘ Participar de todas las reuniones programadas por el departamento o la institución.

Actividades Eventuales:

- ✘ Ayudar a sus compañeros en la medida de lo posible sin afectar sus responsabilidades
- ✘ Cumplir cualquier función asignadas por el nivel jerárquico

SECRETARIA:

Superior Inmediato: Jefa de enfermería

Cargo (s) Bajo su Mando: Ninguno

a) Labores Genéales:

- ✘ Cumplir con el horario establecido en la institución
- ✘ Cumplir con las funciones de su cargo
- ✘ Tener un trato humanizado de calidad y respeto a los usuarios
- ✘ Llevar la agenda del jefe del servicio y de las actividades del departamento
- ✘ Mantener el archivo organizado y actualizado
- ✘ Tener información completa sobre el personal y el servicio
- ✘ Mantener organizados los currículos del personal

b) Labores Específicas:

Actividades Diarias:

- ✘ Organizar la oficina del jefe y su trabajo
- ✘ Redactar y digitar los documentos propios del servicio
- ✘ Enviar y recibir las comunicaciones
- ✘ Recibir las llamadas y notas e informar a las personas correspondientes
- ✘ Propiciar y mantener un clima de armonía y respeto con el jefe, ayudantes y compañeros

c) Actividades Periódicas:

- ✘ Participar en las actividades programadas del departamento

d) Actividades Eventuales:

- ✘ Cumplir con cualquier función asignada por su superior inmediato
- ✘ Ayudar a sus compañeros sin afectar sus actividades

IV. DERECHOS Y BENEFICIOS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Remuneración por servicios prestados.
- ✓ Incentivos monetarios, promoción.
- ✓ Becas
- ✓ Derecho a ser escuchado (a)
- ✓ Participar en actividades de educación continua.
- ✓ Disfrutar de Vacaciones laborales, permisos, jubilación. (código de trabajo)
- ✓ Salario 13
- ✓ Evaluaciones para promoción.
- ✓ Distinción moral.
- ✓ Licencias por enfermedad y maternidad.
- ✓ Reclamo de sus derechos.
- ✓ A ser tratado de forma humanizada y respeto.
- ✓ Realizar su trabajo en un clima de estabilidad laboral.
- ✓ Libertad de filiación política, credo, religión.

V. DISPOSICIONES GENERALES DEL DEPARTAMENTO.

- ✓ Brindar siempre un trato amable y cortés a los usuarios, familiares y personal del Hospital.
- ✓ Respetar y cumplir con los derechos del paciente.
- ✓ Respetar el orden jerárquico establecido en la Gerencia, Departamento y Dirección general.
- ✓ Aplicar los protocolos y procesos definidos en el Hospital.
- ✓ Cumplir estrictamente con el horario establecido en el servicio.
- ✓ Llevar puesta la bata blanca siempre que este dentro del Hospital.
- ✓ Colocarse el uniforme correspondiente determinado por el departamento de acuerdo al área donde realice su trabajo.
- ✓ Llevar calzado cerrado en el Hospital.
- ✓ No fumar dentro del Perímetro del Hospital.
- ✓ No ingerir bebidas alcohólicas, ni consumo de otro tipo de sustancias prohibidas en el perímetro hospitalario.
- ✓ Ingerir alimentos solo en las áreas dispuestas para estos fines (Comedor, Cafetera)
- ✓ No realizar ningún tipo de negocio personal dentro del perímetro del hospital. (Venta de ropas, calzados, accesorios, artículos electrónicos, alimentos, entre otros)
- ✓ Uso de vestimenta adecuada en el hospital.
- ✓ Todos los inconvenientes y dificultades presentados durante el desempeño de su trabajo deben ser canalizados a través de su superior inmediato del departamento.
- ✓ No deben ausentarse de su área de servicio durante su jornada de trabajo, sin la debida autorización.
- ✓ Siempre que se ausente por razones de enfermedad debe presentar el certificado medico correspondiente.

VI. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL DEPARTAMENTO.

1. ADMISIÓN DEL USUARIO

1.1 Concepto del procedimiento

Consiste en recibir y registrar el usuario en los sistemas de información, para brindar atención integral y humanizada para la pronta recuperación de la salud del usuario.

1.2 Materiales y equipos necesarios para este procedimiento

- Equipo para signos vitales
- Expediente completo
- Bata
- Unidad organizada

1.3 Como se realiza el procedimiento:

- Verifique si la unidad esta disponible
- Reciba al usuario llamándolo por su nombre, acompañelo a la unidad, acomódelo y oriéntelo
- Revise que el expediente corresponde al usuario y que este completo
- Registre el ingreso del usuario
- Notifique al equipo de salud la llegada de este
- Ejecute ordenes medicas
- Valore al usuario estableciendo prioridades según proceso de enfermería
- Oriente a la familia sobre las normas de la institución hospitalarias
- Oriente al usuario sobre su colaboración
- Asegure las pertenencias del usuario guardándolas en la caja fuerte de la institución o entregándolas a los familiares
- Elabore y ejecute planes de cuidados
- Registre observaciones y procedimientos en el expediente clínico

1.4 Donde se registra el procedimiento:

Libro de ingreso y egreso de hospitalización

2. LAVADO DE MANOS

2.1 Concepto del Procedimiento:

Consiste en la higienización de las manos para evitar la propagación de infecciones nosocomiales, prevenir la auto contaminación y reforzar los hábitos higiénicos del personal

2.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento:

- Agua potable
- Lavamanos adecuado
- Jabón antibacterial
- Cepillo para manos
- Toalla para secado o secador de manos
- Palillos
- Recipiente para desperdicios

2.3 Como se realiza el procedimiento

- Ubicarse en el lavamanos correspondiente
- Retírese prendas de las manos
- Abrir el grifo con el codo o la rodilla según distribución del lavamanos
- Mójese las manos con un poco de agua corriente
- Aplique la solución desinfectante o jabón antibacterial en las manos
- Frótese las manos en movimientos rotatorios la una con la otra
- Estriegue uñas, palmas, interdigitales, dorso y antebrazo durante 30 o 60 segundos
- Mantenga las manos mas altas que los codos
- Deje el jabón limpio y la solución tapada
- Enjuague con abundante agua de las manos hacia los codos
- Cierre la llave utilizando la rodilla, el pie, el codo o una servilleta de papel
- Séquese desde las manos hasta el codo utilizando toallas de papel, secador de manos caliente o toallas de tela.

Nota: Siempre lávese las manos antes y después de cada procedimiento o cuando vaya a asistir al usuario.

3. USO DE GUANTES ESTÉRILES

3.1 Concepto del procedimiento

Actividad mediante la cual se colocan guantes estériles en ambas manos para la realización de procedimientos que así lo requieran, con el objetivo de prevenir la contaminación en el usuario y el personal de enfermería y evitar las infecciones nosocomiales.

3.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Guantes estériles
- Carpeta
- Jabón desinfectante
- Toallas desechables
- Zafacón

3.3 Como se realiza el procedimiento

- Retírese todas las prendas de las manos
- Lávese las manos y séqueselas
- Coloque la carpeta en una superficie plana
- Abra la carpeta que contiene los guantes
- Tome el guante derecho por el borde interno y dobléz del puño e introduzca una mano y tire el borde del puño hasta que quede acomodado
- Con la mano enguantada saque el segundo guante de la carpeta, por el borde externo debajo del dobléz del puño, introduzca la otra mano y tire del borde del puño hasta que quede acomodado
- Ajuste bien ambos guantes y acomode los dedos
- Una vez concluido el procedimiento retírese los guantes estirando suavemente el puño
- Lávese las manos
- Registre en el expediente clínico el procedimiento realizado.

4. HIGIENE GENERAL DEL USUARIO HOSPITALIZADO

4.1 BAÑO EN CAMA

4.1.1 Concepto del procedimiento:

Consiste en proporcionar higiene y comodidad al usuario con limitaciones físicas, eliminar las bacterias de la piel, estimular la circulación sanguínea y ejercitar músculos y extremidades.

4.1.2 Materiales y equipos generales para el procedimiento:

- Recipiente con agua
- Jabón
- Aceite o crema
- Toalla pequeña y grande
- Ropa de cama
- Pato
- Peine y cepillo para el pelo
- Ropa del usuario
- Mampara
- Riñonera
- Papel higiénico
- Cortaúñas
- Equipo de aseo bucal
- Guantes
- Desodorante
- Zafacón

4.1.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos de acuerdo a las técnicas adecuadas
- Explique al usuario el procedimiento que se realizara
- Colóquese guantes en las manos
- Coloque el equipo en la mesa de la unidad
- Aísle el usuario colocando la mampara
- Cierre puertas y ventanas para evitar corrientes de aire
- Coloque la ropa de cama en la silla
- Verifique si el usuario quiere evacuar o orinar si su estado lo permite
- Eleve la cama a la altura que le resulte cómodo trabajar y no moleste al usuario.
- Quite la ropa al usuario
- Realice el aseo bucal

- Si es necesario, lave la cabeza del usuario
- Coloque la toalla grande sobre el pecho del usuario y tome la toalla pequeña en la mano y comience el lavado de cara comenzando por los ojos de adentro hacia fuera
- Lave orejas y cuello, enjuague y seque
- Coloque la toalla grande debajo del brazo mas adelante del usuario, lave la muñeca, antebrazo y axila
- Introduzca la mano en el recipiente y limpie uñas y espacio interdignales
- Cambie el agua y repita lo mismo en el otro brazo
- Coloque la toalla grande encima del tórax y abdomen y proceda a lavar tórax, abdomen y costados tomando en cuenta la limpieza del ombligo y senos si es mujer, enjuague y seque
- Coloque la toalla debajo del muslo mas distante, lave muslo y pierna, enjuague y seque
- Repita el procedimiento anterior en el otro muslo y pierna
- Cambie el agua
- Coloque al usuario en decúbito lateral con el frente hacia usted
- Coloque la toalla debajo del usuario, proceda a lavar desde la nuca hasta los glúteos, enjuague y seque
- Con el usuario en decúbito dorsal coloque el impermeable y luego disponga la ponchera, introduzca los pies dentro de la misma, lave estos, enjuague y corte las uñas, seque bien los pies y aplique masaje
- Cambie el agua y lave la ponchera
- Coloque la toalla grande debajo de los glúteos, con la toalla pequeña lave los genitales, enjuague y seque
- Retire la toalla y proceda a dar masaje con aceite o crema en las prominencias óseas, para prevenir las úlceras por decúbito
- Póngale la ropa al usuario y coloque desodorante
- Proceda al arreglo de cama ocupada
- Coloque una toalla encima de la almohada del usuario y proceda a peinarlo
- Deje la unidad ordenada
- Retírese los guantes y lávese las manos
- Retire el equipo usado, lávelo y guárdelo en un lugar adecuado

4.1.4 Donde se registra el procedimiento

Anótese en el expediente clínico, en la hoja de enfermera.

4.2 HIGIENE BUCAL

4.2.1 Concepto del procedimiento

Consiste en higienizar la mucosa oral, lengua y labios del usuario con el objetivo de prevenir la halitosis, caries, infecciones de mucosas, encías y resequedad de labios

4.2.2 Material y equipo necesario para este procedimiento

- Cepillo dental
- Pasta dental o sustituto
- Recipiente con agua
- Toalla
- Riñonera
- Funda de papel para desperdicio.
- Zafacón

4.2.3 Como se realiza el procedimiento

- Prepare el equipo y material
- Lávese las manos.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Coloque la toalla debajo de la barbilla
- Inicie el cepillado de arriba para abajo circular y cepille la lengua.
- Ofrézcale agua o enjuáguele la boca.
- Lave el equipo y guárdelo en su lugar

4.2.4 Donde se registra el procedimiento

- En la hoja de enfermera y en el record de usuario.

5 MASAJE TERAPÉUTICO

5.1 Concepto del procedimiento

Consiste a través de movimientos manuales o equipo la estimulación de piel, tejido sub-cutáneo y músculo para mejorar la circulación sanguínea, ayudar a la relajación muscular y evitar la formación de úlceras por decúbito.

5.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Mampara
- Vibrador
- Aceite mineral
- Servilletas de papel
- Zafacón

5.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Explíquese el procedimiento al usuario
- Lleve el equipo a la unidad
- Coloque al usuario en posición que facilite la aplicación del masaje
- Descubra el área seleccionada
- Vierta el aceite en la palma de su mano, frótelos y realice el masaje en forma circular
- Según el área a masajear, haga énfasis en las prominencias óseas
- Valore el tiempo de acuerdo a área y a necesidades
- Cubra al usuario y déjelo cómodo
- Retire el equipo
- Lávese las manos

5.4 Donde se registra el procedimiento

En el record clínico

En la hoja de enfermera

6. TOMA DE SIGNOS VITALES

6.1 Concepto del procedimiento:

Conjunto de actividades de medición y control de signos de vida del usuario con el objetivo de tener una visión general del estado de salud del usuario, detectar complicaciones tempranas y orientar para la realización del diagnóstico

6.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Reloj con segundero
- Estetoscopio
- Esfigmomanómetro
- Termómetro
- Libreta de apunte
- Lapicero de tinta azul
- Materiales para desinfectar
- Papel higiénico
- Zafacón

6.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos de acuerdo a técnicas adecuadas
- Prepare el equipo asegurándose de su funcionamiento
- Explique al usuario o familiar el procedimiento
- Coloque al usuario en posición dorsal o semi Fowler para tomar los signos vitales.
- **Pulso:** coloque el brazo sobre una superficie plana y escoja la arteria seleccionada presionando ligeramente hasta percibir las pulsaciones
- Cuento las pulsaciones durante un minuto y anote el número de pulsaciones y las características en el expediente clínico.
- **Respiración:** cuente las respiraciones en un minuto; simule que está tomando el pulso.
- Anote el número de respiraciones por minuto y sus características en el expediente clínico
- **Presión Arterial:** lleve el brazo del usuario y descánselo a lo largo del cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba
- Limpie las ojivas del estetoscopio
- Coloque el esfigmomanómetro en el brazo del usuario de tres a cuatro centímetros por encima del codo asegurándose de la visualidad del manómetro
- Coloque el estetoscopio en el canal auditivo
- Cierre la válvula, infle el manguito con la perita al tiempo que palpa la arteria para verificar que ha cesado el latido y la aguja no asciende más
- Coloque el estetoscopio sobre la arteria y comience a desinflar el mango, retenga el primer latido que corresponde a la presión sistólica. Continúe el

desinflado gradual del manguillo hasta escuchar el ultimo latido fuerte que corresponde a la presión diastolita

- Desinfecte totalmente el manguillo, retire el brazalete, retire las ojivas y límpielas
- Lávese las manos de acuerdo a técnicas adecuadas

6.4 Donde se registra el procedimiento

Anótese en el expediente clínico del usuario en la hoja de signograma

7. TOMA DE TEMPERATURA

7.1 Concepto del procedimiento

Actividad realizada para valorar el grado de calor del cuerpo humano.

7.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Canasta con:
- Termómetros
- Frasco con solución jabonosa
- Frasco con solución desinfectante
- Frasco con agua clara
- Papel higiénico o algodón
- reloj con secundaria
- Libreta de apunte
- Lapicero con tinta azul
- Recipiente para desperdicio
- Zafacón

7.3 Como se realiza el procedimiento:

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Explique el procedimiento al usuario, asegurándose que no haya comido, bañado o hecho ejercicio desde media hora aproximadamente.
- Lleve el equipo a la unidad
- Seque el termómetro
- verifique que la columna de mercurio en el termómetro este por debajo de 35° C ó 95° F.
- Coloque el termómetro en la boca, la axila, el recto, el canal auditivo, vagina, según normas de la institución y preferencia o condiciones del usuario.
- Espere el tiempo correspondiente según la razón de medición:
 - Oral, 3 minutos
 - Axilar, 5 minutos
 - Auditiva, 1 minuto
 - Vaginal, 3 minutos
- Retire el termómetro de la zona, límpielo ligeramente y léalo sosteniéndolo a la altura de los ojos, hasta localizar donde termina la columna de mercurio.
- Anote en su libreta el grado leído
- Lave el termómetro desde el cuerpo hacia el bulbo con movimiento rotatorio.
- Guarde el equipo en su lugar
- Lávese las manos

7.4 Donde se registra el procedimiento

- En la hoja de temperatura en el expediente clínico.

8. ARREGLO DE UNIDAD DEL USUARIO

8.1 Concepto del procedimiento

Consiste en ordenar la unidad del usuario para proporcionar protección confort, mantener la estética del ambiente, facilitar el cuidado del usuario y prevenir cualquier tipo de infección.

8.2 ARREGLO DE CAMA DESOCUPADA

8.2.1 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Juego de sábanas
- Movibles: Algodón e impermeables
- Equipo de limpieza
- Bolsa y canasto

8.2.2 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según técnicas adecuadas
- Lleve el equipo completo a la unidad, colóquelo sobre el espaldar de la cama, en la silla o en la mesita de noche
- Separe los muebles de la cama
- Retire la ropa sucia y colóquelas en el canasto o la bolsa
- Cubra la parte superior del colchón con la sabana inferior, haciendo ángulos según técnica. Introduzca los laterales de la sabana debajo del colchón
- Coloque movibles
- Con la sabana superior cubra el colchón en su parte inferior, haciendo ángulos según técnica. Introduzca los laterales de la sabana
- Coloque fundas a la almohada y déjela en la parte superior de la cama con la abertura opuesta a la puerta de entrada

8.3 ARREGLO DE CAMAS OCUPADAS

8.3.1 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Juego de sábanas
- Movibles: algodón e impermeable
- Equipo de limpieza
- Guantes

8.3.2 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según técnica
- Prepare el equipo
- Oriente al usuario
- Lleve el equipo a la unidad

- Colóquese los guantes
- Floje la ropa de cama, iniciando con la sabana superior
- Indique al usuario como moverse para que se coloque del lado opuesto de usted, si este no puede solicite ayuda
- Mantenga el usuario cubierto
- Enrolle muebles y sabana inferior hasta la mitad de la cama
- Limpie y seque el colchón
- Coloque la sabana limpia, cubriendo la mitad del colchón, mantenga enrollada la otra mitad. Introduzca suavemente pero rápidamente la sabana por debajo del colchón en su parte superior
- Haga ángulo de la sabana inferior según técnica
- Introduzca el sobrante lateral de la sabana debajo del colchón
- Coloque la sabana superior hasta la mitad del colchón, haga ángulo según técnica con la parte inferior dejando suelto el lateral
- Solicite al usuario que pase al lado de la cama arreglado o ayúdelo si es necesario
- Pase al otro lado de la cama
- Retire y descarte ropa sucia en la bolsa
- Limpie y seque el colchón
- Hale y estire la sabana inferior y proceda según lado anterior
- Proceda igual con la sabana superior
- Deje al usuario cómodo
- Lávese las manos

8.3.3 Donde se registra el procedimiento

- Regístrese en el expediente clínico en la hoja de enfermera

8.4 ARREGLO DE CAMA DE RECUPERACIÓN

8.4.1 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Todo el equipo necesario para una cama desocupada
- Frazada
- Toalla
- Riñonera
- Recipiente para desperdicios
- Soporte de soluciones
- Equipo de signos vitales
- Papel y lápiz
- Papel higiénico
- Servilletas de papel
- Guantes

8.4.2 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Lleve el equipo a la unidad
- Póngase los guantes
- Arregle la cama según técnicas y adicione una frazada
- Retire la almohada y coloque la toalla en su lugar
- Coloque la riñonera, el equipo de signos vitales, papel y lápiz sobre la mesita de noche.
- Coloque el soporte de solución endovenosa al lado de la cama
- Recoja y lleve la ropa sucia al lugar destinado en caso necesario
- Retire los guantes
- Lávese las manos

9. APLICACIÓN DE LÁMPARAS DE CALOR

9.1 Concepto del procedimiento

Consiste en aplicar calor con fuente de luz con el objetivo de contribuir al proceso de cicatrización de las heridas y elevar la temperatura corporal.

9.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Lámpara cuello de ganso con bombillo de 25 voltios

9.3 Como se realiza el procedimiento

- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento
- Lávese las manos
- Exponga el área a tratar con la piel limpia y seca, no aplique crema o pomada antes del tratamiento y mantenga el resto del cuerpo cubierto
- Encienda la lámpara y manténgala a una distancia aproximada de 45 centímetros
- Observe el área expuesta cada minuto y retire la lámpara al final del tratamiento (Si la piel comienza a enrojecer suspenda la aplicación)

9.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera
Expediente clínico

10. PASE DE VISITA

10.1 Concepto del procedimiento

Consiste en acompañar al personal medico con la finalidad de conocer, evaluar y determinar el tratamiento, evaluación y diagnostico del usuario, favoreciendo su pronta recuperación.

10.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Recetario
- Expediente clínico
- ordenes médicas
- Lapicero
- Hojas de enfermera
- Libretas
- Kardex de medicamentos

10.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos antes y después de visitar cada usuario
- Colocar cada expediente clínico en la cama correspondiente a cada usuario.
- Pasar visita usuario por usuario en compañía del médico.
- Anotar en la libreta los cambios que se hagan en las órdenes médicas
- Informar al médico sobre cualquier cambio que registre el usuario.

10.4 Donde se registra el procedimiento

- En la hoja de enfermera
- Expediente clínico

11. TRASLADO DE USUARIOS A LAS DIFERENTES ÁREAS

11.1 MOVILIZACIÓN DEL USUARIO DE LA CAMA A LA SILLA

11.1.1 Concepto del procedimiento

Consiste en movilizar al usuario hospitalizado en condiciones de limitaciones motoras para proporcionar bienestar físico y mental, prevenir complicaciones tales como contracturas, úlceras por decúbito y complicaciones respiratorias

11.1.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Silla
- Almohada si es necesario
- Ropa interior si es necesario
- Zapatos de tacón bajo
- Banquito

11.1.3 Como se realiza el procedimiento

- Explique al usuario el procedimiento
- Lleve todo el equipo a la unidad del usuario
- Lávese las manos
- Siente al usuario en el borde de la cama y póngale la bata y los zapatos
- Coloque una silla a un lado de la cama con el respaldo hacia los pies
- Párese frente al usuario, coloque su pie cercano a la silla, un paso delante del otro
- Solicite al usuario que coloque sus manos sobre los hombros de usted y sosténgalo por las muñecas
- Solicite al usuario que se pare en el piso y flexione usted sus rodillas de tal forma que la de adelante quede sobre la rodilla del enfermo
- Gire con el usuario conservando su base de apoyo amplia. Doble la rodilla del usuario a medida que lo siente
- Aplique masaje percutorio. Ayudando a la circulación y facilitando la respiración a través de la remoción de las secreciones
- Deje al usuario cómodo
- Lávese las manos
- Mantenga vigilancia constante del usuario y valore signos de cansancio o inquietud de este

11.1.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

11.2 MOVILIZACIÓN DEL USUARIO DE LA CAMA A LA CAMILLA Y VICEVERSA.

11.2.1 Concepto del procedimiento

Actividad realizada para facilitar el traslado de usuarios inconcientes, con limitaciones motoras, graves o discapacitados, para ofrecer confort y seguridad al usuario durante la movilización.

11.2.2 Materiales y equipos necesarios Para el procedimiento

- Sabanas
- Almohadas
- Camilla de transporte (preferiblemente con barandas)

11.2.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Identifique al usuario por su nombre, explíquelo el procedimiento motivando su cooperación
- Lleve el equipo a la unidad
- Solicite ayuda de otras dos personas
- Coloque la camilla paralela a la cama y frénela
- Introduzca una sabana debajo del usuario de modo que este quede en el centro
- Movilice al usuario hacia el borde de la cama, del lado donde tiene la camilla. Si el usuarios esta consiente, indíquelo como deslizarse
- Colóquese uno a la cabecera, otro a los pies y otro al lado libre de la camilla para sostener al usuario por el tronco al pasarlo a la camilla (para el traslado de la camilla a la cama haga el proceso invertido)
- Tome los extremos de la sabana inferior y en un movimiento coordinado levante al usuario hasta el nivel de la camilla
- Acomode al usuario, cúbralo y suba las barandas
- Lávese las manos
- Acompañe al usuario y lleve consigo su expediente. En caso requerido manténgase junto al usuario

11.2.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico del usuario

12. ALIMENTACIÓN POR GAVAGE

12.1 Concepto del procedimiento

Consiste en suministrar los nutrientes necesarios al usuario con imposibilidad de deglución, a través de una sonda nasogástrica, con el objetivo de evitar la deshidratación y desnutrición

12.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Todo lo necesario para aplicar la sonda naso gástrica
- Sustancias alimenticias
- Agua potable
- Pinzas
- Almohada
- Jeringuilla de aspecto de bulbo
- Guantes
- Movibles impermeables
- Zafacón

12.3 Como se realiza el procedimiento

- Lleve el equipo completo a la unidad del usuario
- Lávese las manos
- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento a realizar
- Instale la sonda de acuerdo a procedimiento usado para la sonda naso gástrica
- En caso de que este colocada confirme que este en el estomago
- Coloque al usuario en posición Fowler y semi Fowler
- Compruebe que el alimento este a temperatura ambiente
- Proceda a alimentarlo envasando el alimento en una jeringuilla de asepto de 50cc, tomando en cuenta la absorción y el tipo de alimento
- Pasar solución fisiológica o agua por la sonda hasta que esta quede limpia sin sobrepasar la cantidad de alimentación requerida
- Cierre la sonda usada con una pinza
- Retire el equipo
- Si el usuario no tiene lesión cervical o intracraneal eleve un poco con una almohada la cabeza y el cuello
- Acomode al usuario
- Lávese las manos

12.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

13. TOMA DE MUESTRAS DE ORINA

13.1 Concepto del procedimiento

Consiste en obtener orina evitando la contaminación de esta para la realización de análisis.

13.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Guantes
- Pato limpio
- Mampara
- Frasco estéril de boca ancha con tapa
- Indicaciones de laboratorio
- Recipiente para desperdicios
- Papel higiénico
- Gasas
- Agua y jabón o solución desinfectante
- Zafacón

13.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según técnicas adecuadas
- Verifique indicación medica
- Prepare el equipo completo
- Identifique al usuario por su nombre y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- Aísle al usuario con la mampara o cortina
- Acueste al usuario sobre su espalda en la cama y coloque el pato según técnica
- Solicite que separe las piernas o sepáreselas si no puede hacerlo
- Solicite al usuario que coopere en su auto aseo genital. Si tiene alguna limitación realíceselo usted utilizando gasa, agua, jabón o solución antiséptica
- Destape el frasco y coloque la tapa en la mesa de noche con los bordes hacia arriba
- Oriéntelo a desechar el primer chorro de orina en el pato o inodoro, luego deje caer en el frasco limpio de 50 a 100cc de orina, sin que el frasco toque la piel del usuario
- Tape y rotule el frasco con: Nombre, numero de cama, fecha de la toma de la muestra
- Oriente para el auto secado genital con papel higiénico o toallitas
- Retire el pato si la muestra se tomo en la cama
- Envié la muestra con la indicación anexa al laboratorio
- Lave y organice el equipo
- Lávese las manos

13.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

13.5 RECOLECCIÓN DE ORINA EN 24 HORAS

13.5.1 Concepto del procedimiento

El objetivo principal es obtener muestras de orina excretadas en 24 horas.

13.5.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Recipiente graduado o frasco de solución
- Recipiente limpio (Pato u orinal)
- Guantes
- Zafacón

13.5.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo y rotúlelo con la fecha y hora en que se inicia la recolección
- Identifique al usuario por su nombre y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo hasta la unidad
- Deje el recipiente al alcance del usuario
- Vierta la orina recolectada en el recipiente, para tal fin y tape la boca del mismo y llévelo a la nevera
- Deje el recipiente vacío al usuario para que el continúe recolectando la orina
- A las 24 horas mida el contenido total y lleve la muestra al laboratorio con boletín anexo
- Lávese las manos

13.5.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

14. TOMA DE MUESTRA DE HECES FECALES

14.1 Concepto del procedimiento

Procedimiento mediante el cual se obtiene una muestra de calidad para análisis de heces fecales.

14.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Baja lengua o espátula
- Frasco con tapa
- Papel higiénico
- Indicación
- Pato
- Mampara
- Recipiente para desperdicio
- Guantes
- Zafacón

14.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Identifique al usuario por su nombre y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- Coloque la mampara
- Colóquese los guantes
- Coloque al usuario en posición
- Coloque el pato al usuario
- De las heces fecales evacuadas tome con el bajalengua pequeñas porciones de varias partes y deposítelas en el frasco
- Ofrezcale papel higiénico al usuario y retire el pato
- Retire la mampara
- Tape el frasco, adhiérale la indicación
- Quítese los guantes
- Lávese las manos
- Deposite en un lugar apropiado el material usado
- Ofrezcale al usuario facilidades para lavarse las manos
- Lleve la muestra al laboratorio

14.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera, en el expediente clínico

15 APLICACIÓN DE ENEMAS EVACUANTES

15.1 ENEMAS DE LIMPIEZA

15.1.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la introducción de una solución por vía rectal con el objetivo de ayudar a la eliminación de heces fecales del colon y recto, preparar al usuario para intervenciones y estudios diagnósticos y estimular el peritaltismo.

15.1.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Equipo de enema desechable
- Papel higiénico
- Impermeable
- Mampara
- Recipiente para desperdicios
- Pato
- Guantes
- Solución indicada si es necesario
- Zafacón

15.1.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Identifique al usuario por su nombre y explique el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad del usuario
- Colóquese los guantes según técnicas
- Coloque al usuario en posición de Sims izquierdo
- Coloque el movible debajo de la pelvis
- Separe los glúteos con una gasa dejando el orificio anal visible
- Vierta lentamente todo el contenido en el recto
- Sugiera al usuario que respire profunda y suavemente
- Retire la cánula luego que el contenido haya pasado, trate de no introducir aire
- Retire el pato, observe las características de la evacuación y descártela
- Deje el equipo limpio y en orden
- Quítese los guantes y lávese las manos
- Deje cómodo al usuario

15.1.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico del usuario

15.2 ENEMA DE RETENCIÓN

15.2.2 Concepto del procedimiento

Proceso mediante el cual se introduce una solución por el recto con el objetivo de: Administrar medicamentos al usuario, ablandar heces fecales, eliminar flatos estimular y sedar al usuario

15.2.3 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Equipo de enema desechable
- Medicamento o alimento indicado
- Papel higiénico
- Movable
- Impermeable
- Mampara
- Equipo de enema
- Recipiente para desperdicio
- Pato
- Guantes
- Pinzas

15.2.4 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Identifique al usuario por su nombre y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad y solución a la temperatura indicada
- Aísle al usuario con una mampara
- Lávese las manos y colóquese los guantes
- Coloque en una posición cómoda al usuario para realizar el procedimiento
- Disponga el impermeable debajo de los glúteos del usuario
- Coloque al usuario en posición de Sims sobre el lado izquierdo
- Separe los glúteos con gasas dejando el orificio anal visible
- Vierta lentamente todo el contenido en el recto
- Retire la cánula y presione ambos glúteos por 5 minutos para que el contenido del enema no sea expulsado
- Retire el equipo, llévelo al lugar correspondiente
- Quítese los guantes
- Lávese las manos

15.2.5 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

16. ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO

16.1 Concepto del procedimiento

Se trata de proveer al usuario la oxigenación necesaria en casos de problemas respiratorio y suplir de oxígeno según las necesidades orgánicas del usuario.

16.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Cilindro de oxígeno con manómetro u oxígeno central
- Tubo para conexiones.
- Humidificador.
- Sonda, catéter nasal o mascarilla.
- Gasas.
- Funda para desperdicio.
- Cinta adhesiva
- recipiente con agua.

16.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según técnicas adecuadas
- Prepare el equipo
- Identifique el usuario y explíquelo el procedimiento.
- Lleve el equipo a la unidad.
- Coloque el catéter al tubo que sale del humidificador
- Coloque al usuario en posición semi-fowler.
- Limpie fosas nasales con gasas húmedas.
- Abra la llave del tanque y del regulador para dar paso al oxígeno.
- Controle la cantidad de oxígeno a administrar.
- Coloque el catéter sonda o mascarilla al usuario y fijelo.
- Déjelo cómodo y vigílelo con frecuencia.
- Vigile que el agua del frasco se mantenga a su nivel.
- Vigile el contenido del tanque.
- Vigile al usuario por cualquier problema

16.4 Donde se registra el procedimiento

- En la hoja de enfermera y en el record de usuario.

17. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

17.1 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL

17.1.1 Concepto del procedimiento

Consiste en administrar medicamentos por vía oral con el objetivo de lograr la absorción del medicamento a través de la vía digestiva

17.1.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Medicamento indicado
- Tarjeta de medicamento o kardex
- Vaso medidor, cuchara o gotero
- Servilleta o papel higiénico
- Bandeja
- Vaso con líquido
- Zafacón

17.1.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique orden medica
- Prepare el medicamento
- Si el medicamento es liquido viértalo en la cuchara, vaso medidor o gotero la cantidad que va a administrar, coloque la etiqueta del frasco hacia arriba, seque la boca del frasco y tápelo nuevamente
- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento
- Verifique si ese es el medicamento, la dosis, la vía, fecha de vencimiento del medicamento, y que la acción del mismo no contrarreste el efecto de otro medicamento
- Lleve el medicamento a la unidad en una bandeja
- Ofrézcale el medicamento al usuario en un recipiente y agua o jugo cuando sea necesario
- Verifique que el usuario lo ingirió
- Deje al usuario cómodo
- Retire el equipo

17.1.4 Donde se registra el procedimiento

Anote y registre en la hoja de enfermera en el expediente clínico del usuario

17.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR

17.2.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la administración de medicamentos en los músculos que posean la mayor vascularidad y volumen.

17.2.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Tabla de medicamentos o kardex
- Medicamentos indicados
- Guantes S. O. S.
- Torundas
- Bandeja
- Solución desinfectante
- Recipiente para desperdicios
- Agua estéril
- Jeringas
- Agujas
- Mampara
- Zafacón

17.2.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el medicamento según normas
- Identifique a usuario por su nombre, explique el procedimiento y proporcione privacidad
- Lleve el medicamento a la unidad
- Descubra el área y seleccione el sitio de administración
- Desinfecte el sitio de la inyección en forma rotatoria de adentro hacia fuera y deje secar
- Solicite al usuario que respire profundamente
- Sujete la región a puncionar
- Introduzca la aguja con un movimiento firme y rápido en un ángulo de 90 grados
- Aspire suave, si no aspira sangre, comience a inyectar el medicamento lentamente
- Coloque la torunda cerca de la aguja y retire rápidamente
- Haga presión en el sitio de la inyección
- Deje el equipo limpio y guarde en su lugar
- Lávese las manos

17.2.4 Donde se registra el procedimiento

Haga las anotaciones en el expediente clínico en la hoja de enfermera

17.3 ADMINISTRACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA

17.3.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la introducción de medicamentos al torrente sanguíneo a través del sistema venoso.

17.3.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Jeringa, peri craneal y catéter de acuerdo al medicamento que se va a inyectar
- Torniquete
- Medicamento
- Recipiente con torundas
- Solución desinfectante
- Agua estéril
- Tarjeta de medicamento
- Lima o sierra
- Recipiente para desperdicio
- Guantes
- Zafacón

17.3.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique orden medica
- Prepare el medicamento
- Explique el procedimiento al usuario
- Lávese de nuevo las manos
- Lleve el equipo completo a la unidad
- Coloque al usuario en una posición cómoda
- Seleccione la vena y compruebe su viabilidad
- Coloque el torniquete 10 cm. por encima del lugar elegido para la punción
- Colóquese los guantes
- Desinfecte el área
- Si la vena que va a puncionar es en el brazo, dígame al usuario que cierre la mano y apriete el puño
- Introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, atravesando la piel siga el trayecto venoso y puncione la vena
- Aspire para asegurarse de que esta en vena
- Floje el torniquete
- Inyecte la solución lentamente, aspirando de vez en cuando

- Una vez terminado, haga presión con la torunda seca en el sitio punzonado y retire la aguja con mucho cuidado
- Observe cualquier reacción al medicamento y cualquier cambio en la vena punzonada
- Limpie y guarde el equipo
- Lávese las manos

17.3.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

17.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUB CUTÁNEA

17.4.1 Concepto del procedimiento

Este procedimiento consiste en administrar medicamentos a través del tejido celular sub-cutáneo que requieran una absorción de acción intermedia,

17.4.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Tarjeta de kardex
- Jeringuillas
- Agujas #22 y #23
- Medicamento indicado
- Torundas
- Sierra o lima
- Solución desinfectante
- Agua estéril
- Fundas para desperdicios
- Zafacón

17.4.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique indicación medica
- Prepare el medicamento
- Identifique al usuario por su nombre y explique el procedimiento
- Lávese las manos nuevamente
- Lleve el medicamento a la unidad
- Desinfecte el área punzonada
- Estire la piel con el pulgar de la mano izquierda
- Introduzca la aguja en la dermis en la dirección de la superficie cutánea con el bisel hacia arriba en un ángulo de 10 a 15 grados
- Inyecte el medicamento observando la formación de una pequeña papula haciendo un círculo alrededor de la misma
- Retire la aguja y coloque la torunda seca sin presionar
- Lávese las manos
- Guarde el equipo

17.4.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

17.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRADÉRMICA

17.5.1 Concepto del procedimiento

Procedimiento mediante el cual se introduce medicamentos al organismo a través de las capas sub-dermica de la piel.

17.5.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Jeringuilla
- Aguja #25
- Torundas
- Tarjeta o Kardex
- Sierra o lima
- Recipiente para desperdicio
- Solución desinfectante
- Agua estéril
- Zafacón

17.5.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare el medicamento
- Identifique al usuario por su nombre y explique el procedimiento
- Lávese las manos nuevamente
- Lleve el medicamento a la unidad
- Elija y desinfecte el área a puncionar
- Estire la piel con el pulgar de la mano izquierda
- Introduzca la aguja en la dermis en la dirección de la superficie cutánea con el bisel hacia arriba en un ángulo de 10 a 15 grados
- Introduzca el medicamento observando la formación de una pequeña papula haciendo un círculo alrededor de la misma. La papula indicara el grado de sensibilidad del usuario
- Retire la aguja y coloque la torunda seca sin friccionar
- Retire el equipo y descarte la jeringuilla con protector en la aguja en un recipiente seguro
- Lávese las manos

17.5.4 Donde se registra el procedimiento

Anote y regístrese en la hoja de enfermera en el record del usuario

17.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

17.6.1 Concepto de procedimiento

Consiste en la introducción de medicamentos al organismo a través del recto.

17.6.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Medicamento
- Equipos para enema
- Guantes
- Gasas
- Cánula rectal
- Lubricante
- Mampara
- Pato
- Papel sanitario
- Funda de desperdicios
- Zafacón

17.6.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare equipos y medicamento
- Identifique al usuario y explique el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- Coloque la mampara
- Coloque al usuario en posición de Sims
- Lávese las manos nuevamente
- Si es un supositorio, rompa la cubierta (el supositorio debe estar refrigerado)
- Colóquese los guantes
- Abra el esfínter anal con la mano izquierda, utilice papel higiénico e introduzca el supositorio en el recto en forma rotatoria
- Haga presión en el ano juntando ambos glúteos hasta que desaparezca el deseo de defecar. En caso necesario coloque el pato al usuario
- Deje cómodo al usuario
- Lave el equipo usado y déjelo en su lugar correspondiente
- Lávese las manos

17.6.4 Donde se registra el procedimiento

Este procedimiento se registra en la hoja de enfermera en el expediente clínico

17.7 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL

17.7.1 Concepto del procedimiento

Se trata de la aplicación de medicamentos utilizando la capacidad de absorción de las fosas nasales. La finalidad de este procedimiento es obtener un efecto en las afecciones específicas de las vías aéreas superiores

17.7.2 Materiales y equipos necesarios para este procedimiento

- Bandeja
- Medicamento indicado
- Torundas
- Aplicadores o goteros
- Hisopos
- Solución salina
- Recipiente para desperdicios
- Zafacón

17.7.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare medicamento
- Identifique al usuario por su nombre y explique el procedimiento
- Lleve el medicamento a la unidad
- Quítele la almohada
- Coloque el usuario cómodo con la cabeza mas baja que los hombros
- Limpie la nariz con un hisopo impregnado de solución salina
- Extraiga el medicamento con el gotero
- Deje caer el medicamento en las fosas nasales procurando que resbale por la pared inferior y sin dejar que el gotero toque la mucosa nasal (indíquelo al usuario que respire con la boca abierta)
- Dígale al usuario que se mantenga en esa posición cinco o seis minutos
- Limpie el exceso del medicamento que haya quedado en la nariz con la gasa o el algodón
- Deje al usuario cómodo
- Retire el equipo y déjelo limpio en su lugar
- Lávese las manos

17.7.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera o en el expediente clínico

17.8 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA

17.8.1 Concepto del procedimiento

Consiste en administrar medicamentos en la conjuntiva del globo ocular.

17.8.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Gotero estéril de punta roma
- Medicamento indicado
- Algodón o gasa estéril
- Recipiente para desperdicios
- Solución fisiológica
- Agua estéril
- Zafacón

17.8.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare el medicamento
- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad del usuario
- Coloque al usuario en posición cómoda con la cabeza ligeramente extendida hacia el lado del ojo al que se le aplicara el medicamento
- Humedezca el algodón o la gasa en solución fisiológica
- Limpie suavemente el ojo con el algodón húmedo del ángulo interno hacia el ángulo externo
- Extraiga el medicamento del frasco con el gotero
- Dígale al usuario que mire hacia arriba
- Deje caer la solución o ungüento en la conjuntiva cerca del ángulo interno apoyando el dedo meñique sobre la frente del usuario (Evite tocar el parpado o el globo ocular)
- Dígale al usuario que cierre los ojos para que el medicamento se esparza por la superficie ocular
- Limpie con algodón el exceso de medicamento
- Mantenga al usuario en posición hasta observar la absorción del medicamento
- Oriente al usuario cuando se le han administrado medicamentos que producen miosis o midriasis
- Recoja el equipo, límpielo y déjelo en su lugar
- Lávese las manos

17.8.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

17.9 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA TÓPICA

17.9.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la aplicación de medicamentos en la epidermis para lograr efecto terapéutico

17.9.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Medicamento indicado
- Tarjeta o kardex del medicamento
- Espátula
- Hisopos
- Gasas estériles
- Guantes S. O. S.
- Solución salina S. O. S.
- Pinzas de transporte S. O. S.
- Mampara S. O. S.
- Recipiente para desperdicios
- Zafacón

17.9.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare el medicamento
- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo al lado del usuario
- Coloque la mampara si es necesario
- Colóquese los guantes
- Aplique el medicamento usando la espátula, hisopos o las gasas (Haga el lavado del área si es necesario)
- Acomode al usuario
- Descarte el material sucio
- Lávese las manos
- Lleve el equipo usado al lugar correspondiente

17.9.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

17.10 INHALACIÓN POR AEROSOL

17.10.1 Concepto del procedimiento

Es la administración de un fármaco en forma de aerosol a través de de las vías respiratorias. El objetivo principal es favorecer la fluidificación de las secreciones del tracto respiratorio

17.10.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Vaporizador o nebulizador
- Medicamento
- Tarjeta del medicamento o kardex
- Equipo para tomar presión arterial
- Zafacón

17.10.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Verifique prescripción medica
- Prepare el equipo y el medicamento
- Identifique al usuario y explíquelo el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- Mida PA, pulso y respiración
- Coloque el inhalador en las fosas nasales del usuario previamente higienizadas
- Enseñe al usuario como respirar de manera que las pequeñas partículas de nebulización lleguen a bastante profundidad
- Chequear al usuario durante el tratamiento
- Concluido el tratamiento, deje al usuario cómodo
- Retire el equipo, limpie y guarde en su lugar correspondiente

17.10.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

18. CANALIZACIÓN DE VÍAS PERIFÉRICAS

18.1 Concepto del procedimiento

Se trata de la introducción de una aguja o catéter en las venas periféricas del usuario. Esta actividad tiene como objetivo proveer al usuario de una vía para administrar medicamento e hidratar

18.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Alcohol
- Algodón
- Z.0
- Catéter de varios calibres
- Bandeja
- Torniquete
- Tablilla
- Solución previa preparación según indicación medica
- Guantes desechables
- Zafacón

18.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según protocolo
- Informe al usuario del procedimiento
- Colocar al usuario en posición cómoda
- Llevar el equipo
- Verificar la vena más asequible, siempre tratando de ir de los extremos de los miembros hacia arriba.
- Colocar torniquete
- Limpiar área de punción con movimiento rotatorio de adentro hacia fuera o de abajo hacia arriba
- Introducir catéter en ángulo de 45 grados con el bisel hacia arriba
- Fijar catéter con Z-0 e inmovilizar si es necesario
- Recoger material sucio y reponer material gastable
- Lávese las manos

18.4 Donde se registra el procedimiento

- En el expediente clínico en la hoja de enfermera

19. COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL PARA MUJER Y PARA HOMBRE

19.1 Concepto del procedimiento

Consiste en introducir una sonda por el meato de la mujer o del hombre para extraer orina de la vejiga con el objetivo de aliviar la distensión vesical, obtener orina aséptica para exámenes de laboratorio, evacuar orina para procedimientos diagnósticos o Quirúrgicos, medir diuresis de 24 horas, irrigación vesical con fines terapéuticos y mantener seco al usuario inconsciente o con incontinencia urinaria.

19.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Gasas estériles
- Riñonera
- Frasco estéril para muestras de orina
- Sondas vesicales de calibre adecuado
- Un campo estéril
- Lubricante
- Guantes estériles
- Impermeable
- Pinzas de transporte auxiliar
- Recipiente estéril
- Jabón antiséptico líquido
- Agua estéril
- Sabana auxiliar
- Lámpara de pie
- Colector de orina
- Zafacón

19.3 Como se realiza el procedimiento

- Revise el expediente y verifique orden medica
- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Ponga agua estéril en uno de los recipientes, y en el otro jabón líquido
- Cubra el líquido estéril con la compresa estéril
- Ponga los guantes en la bandeja
- Identifique al usuario, explíquele el procedimiento y su objetivo
- Lleve el equipo a la unidad
- Ponga mampara para aislar al usuario
- Asegure una buena iluminación
- Retire las sábanas hasta la altura de las rodillas

- Separe y flexione las rodillas del usuario
- Deje en esa posición al usuario cuidando de no dejarlo descubierto
- Lávese las manos nuevamente.
- Coloque la bandeja entre las piernas del usuario
- Coloque el impermeable con un campo estéril debajo de los glúteos del usuario.
- Colóquese los guantes.
- Limpie los labios mayores o glande usando la pinza estéril y una gasa empapada de solución jabonosa para cada labio de arriba hacia abajo
- Deseche la gasa usada, vuelva a limpiar usando agua estéril y otra gasa
- Proceda de la misma forma con los labios menores y en el centro una gasa debe ser colocada como tapón en la vagina
- Lubrique la sonda mojando en el agua estéril
- Introduzca el extremo abierto de la sonda en el frasco, si la muestra ha de ser enviada al laboratorio, de lo contrario coloque directamente en la riñonera y esta sobre el campo.
- Tome el otro extremo de la sonda a modo de lápiz, busque el meato e introduzca la sonda cuatro o cinco centímetros hasta que la orina empiece a salir
- Retire la sonda cuando se haya extraído la cantidad suficiente, sin vaciar en su totalidad, y coloque en la riñonera.
- Seque suavemente el meato con gasa estéril
- Retire el equipo, mida la orina si es necesario
- Si tiene que enviar la muestra al laboratorio coloque la etiqueta al frasco con su respectivo nombre, número de cama, sala, fecha de obtención de la muestra, tipo de examen solicitado y firma de la enfermera
- Lave el equipo utilizado con agua y jabón y seque cuidadosamente
- Retírese los guantes y lávese las manos

19.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

19.5 CUIDADO DE SONDA VESICAL PERMANENTE

19.5.1 Concepto del procedimiento

Son las actividades y atenciones realizadas al usuario que le ha sido colocada una sonda con el objetivo de controlar diuresis del usuario, prevenir infecciones y proporcionar drenaje continuo de vejiga en usuarios inconcientes y con incontinencia urinaria

19.5.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- El usado para aseo perineal
- Asepto Jeringuilla
- Guantes
- Solución fisiológica
- Recipiente
- Colector de orina
- Lubricante
- Zafacón

19.5.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Prepare el equipo
- Oriente al usuario sobre el cuidado de la sonda
- Colóquese los guantes
- Límpiense los genitales externos
- Cambie los colectores y mida diuresis si es necesario
- Irrigue la sonda con jeringuilla de asepto con 50cc de solución fisiológica
- Extraiga la solución fisiológica nuevamente y repita el procedimiento por dos o tres veces
- Maneje la sonda con cuidado
- Lave organice y guarde el equipo
- Retírese los guantes y lávese las manos

19.5.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

20. COLOCACIÓN DE SONDA NASO GÁSTRICA

20.1 Concepto de procedimiento

Consiste en la introducción de una sonda al tubo digestivo del usuario a través de las fosas nasales o la boca con la finalidad de proveer una vía al usuario para despejar las secreciones que puedan obstruir las vías respiratorias, liberar contenido gástrico, alimentar al usuario con imposibilidad de deglución y evitar la deshidratación y desnutrición

20.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Bandeja
- Sonda nasogástrica de calibre adecuado
- Lubricante
- Guantes
- Riñonera
- Jeringuilla de aspecto de bulbo
- Agua potable
- Estetoscopio
- Zafacón
- Z.0

20.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Oriente al usuario sobre el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- El abordaje para poner una sonda nasogástrica es por la parte posterior del usuario, o por la parte lateral
- Se procede a medir la longitud de la sonda que tiene que ser introducida en el usuario, para ello giramos la cabeza del usuario, situamos la punta de la sonda unos tres centímetros por debajo de la apéndice xifoides, la llevamos al lóbulo de la oreja y después a la fosa nasal
- Situamos la sonda de manera perpendicular a la fosa nasal del usuario y la introducimos con suavidad hasta que notamos que pasa las fosas nasales
- Posteriormente la introducimos con rapidez hasta la marca que previamente habíamos realizado
- Para la fijación utilizaremos Z.0 cortado con un bisturí en forma de pantalón
- Cuando llegamos a la marca, procedemos a la fijación con la tela adhesiva o Z.0 que será adherida a la piel y posteriormente la bandeleta corta se pegara alrededor de la sonda
- Esta técnica suele culminar comprobando la colocación de la misma, en la mayoría de ocasiones sale contenido gástrico por la sonda, es la mejor comprobación de que esta en su sitio, pero en otras ocasiones es

necesario que nos cercioremos ya que no sale contenido gástrico debido a que la sonda se pega a alguna pared gástrica, es este caso usamos el estetoscopio

- Para comprobar que la sonda esta en el lugar correcto se carga previamente una jeringuilla de 2cm con aire, se coloca en el extremo distal de la sonda y el estetoscopio se sitúa donde supuestamente hemos medido que debe de estar situada la punta de la sonda, se introduce el aire con fuerza y oímos por el estetoscopio como hay un chapoteo de aire en la zona auscultada
- En algunas ocasiones se aspira contenido gástrico para su comprobación, este procedimiento no es muy aconsejable y se recomienda realizarlo con mucha suavidad ya que se puede escoriar la mucosa gástrica
- Se retira el equipo y se pone en su lugar
- Lavarse las manos

20.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

21. CURA DE HERIDAS

21.1 Concepto del procedimiento

Conjunto de actividades realizadas con el objetivo de prevenir la infección y obtener la pronta cicatrización de las heridas

21.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Pinzas de transporte
- Vendajes de gasas
- Riñonera
- Gasas estériles
- Z.O
- Solución salina
- Carro de cura
- Zafacón
- Guantes estériles
- Guantes desechables
- Pinzas hemostáticas
- Medicamentos si es necesario
- Desinfectante
- Jeringuilla
- Mampara
- Movable
- Tijeras
- Bisturí
- Zafacón

21.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos de acuerdo a protocolo
- Llevar el equipo completo a la unidad del usuario
- Informar al usuario del procedimiento
- Colocar al usuario en posición cómoda de acuerdo a como este la herida y colocar movable
- Retirar apócito sucio de adentro hacia fuera o de arriba hacia abajo según este la herida
- Inicie la cura lavando la herida en movimiento rotatorio de adentro hacia fuera o de arriba hacia abajo según este la herida
- Retirar con la tijera si es necesario el tejido necrótico
- Secar herida
- Colocar medicamento tópico si es necesario

- Cubrir con apósito estéril y Z.0
- Retirar el material sucio y reponer lo usado
- Lávese las manos

21.4 Donde se registra el procedimiento

Anote y registre el procedimiento en la hoja de enfermera

22. ASPIRACIÓN NASOGÁSTRICA

22.1 Concepto del procedimiento

Consiste en extraer secreciones con un equipo que produce presión negativa (jeringa, perita, otros) con la finalidad de liberar al usuario de secreciones que puedan obstruir las vías respiratorias y sacar contenido gástrico.

22.2 Materiales y equipos para realizar este procedimiento

- Solución salina
- Guantes desechables
- Servilletas
- Estetoscopio
- Jeringuilla de bulbo
- Riñonera
- Zafacón

22.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos según protocolo
- Oriente al usuario sobre el procedimiento
- Lleve el equipo a la unidad
- Póngase los guantes
- Confirme con el estetoscopio que la sonda esta en el estomago
- Coloque al usuario en posición Fowler o semi Fowler
- La aspiración debe hacerse de forma manual regulando la presión de la jeringuilla
- Se debe lavar la sonda con solución salina o agua
- Deje la sonda drenando a caída libre
- Acomode al usuario
- Recoja el equipo y póngalo en su lugar
- Lávese las manos

22.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

23. ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL

23.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o traquea del usuario

23.2 Materiales y equipos necesarios para este procedimiento

- Estetoscopio
- Sonda de aspirar de calibre adecuado
- Medicamento si es necesario
- Guantes
- Gasas
- Mascarilla
- Oxígeno
- Equipo desechable estéril
- Solución salina
- Riñonera
- Funda para desperdicios
- Zafacón

23.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Oriente al usuario sobre el procedimiento
- Determine la necesidad de las aspiraciones orales y traqueales
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Aspirar la naso faringue con una jeringuilla de bulbo o dispositivo de aspiración
- Proporcionar sedantes si procede
- Enseñar al usuario a realizar varias respiraciones profundas antes de la aspiración y utilizar oxígeno si procede
- Utilizar equipo desechable estéril para cada aspiración traqueal
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal
- Enseñar al usuario a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por ruta endotraqueal
- Basar la duración de cada aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del usuario a las aspiraciones
- Oxigenar entre cada pase y después del último pase de la aspiración
- Aspirar la oro faringue después de terminar la succión manual
- Limpiar la zona del estoma traqueal después de terminar la aspiración

- Detener la aspiración si el usuario presenta bradicardia o desaturación y aplicar oxígeno
- Anotar el tipo y cantidad de secreción obtenidas
- Dejar al usuario cómodo
- Recoger el equipo y ponerlo en su lugar
- Lavarse las manos

23.4 Donde se anota este procedimiento

En la hoja de enfermera en el expediente clínico

24. CUIDADO DE TRAQUEOSTOMÍA

24.1 Concepto del procedimiento

Conjunto de actividades realizadas al usuario traqueostomizado con el objetivo de mantener permeables las vías respiratorias del usuario para así permitir una correcta ventilación.

24.2 Materiales y equipos necesarios para este procedimiento

- Equipo de succión
- Sonda de aspiración de calibre adecuado
- Toma de oxígeno y conexiones
- Reanimador manual con ambú
- Equipo de traqueostomía de diferentes tipos
- Solución salina
- Gasas
- Guantes estériles
- Compresas estériles y no estériles
- Humidificador
- Cinta de sujeción para traqueostomía
- Solución antiséptica
- Zafacón

24.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos
- Explique al usuario el procedimiento
- La limpieza de la cánula se hace una vez por turno según necesidades
- Limpiamos la piel alrededor del estoma al menos una vez por turno (con solución salina y se seca)
- Colocamos debajo de las cánulas una especie de babero para evitar roces y mantener la piel seca
- Cambiamos y aseguramos la cinta de sujeción siempre que sea preciso
- Dar apoyo psicológico al usuario y a la familia
- Los analgésicos y sedantes se dan con precaución para no deprimir el centro respiratorio
- Se procede a la aspiración de secreciones tan frecuente como sea necesario
- Evite la aspiraciones innecesarias, pues la mucosa se irrita y puede provocar infecciones
- Se debe usar técnicas estériles para reducir la incidencia de infecciones

Las pautas siguientes sirven para la aspiración de cualquier tubo de traqueostomía.

- Como protección se recomienda que la persona que hace la aspiración use guantes, mascarilla y bata. Para proteger al usuario se utilizan guantes y catéteres estériles
- El catéter debe ser lo suficientemente pequeño para no ocluir la cánula. Cuando se aspira un tubo de plata se utiliza aun catéter número 8 o 10 para niños, y de 14 o 16 para adultos. Comúnmente utilizamos sondas de aspiración numero 14 con control de succión
- Cada vez que se aspira se utiliza un catéter estéril
- Antes de comenzar la aspiración, se hiperventila al usuario con oxígeno al 100%
- El catéter se conecta al aspirador y se conecta en traquea siempre sin ejercer aspiración, cuando ha llegado a su lugar se ejerce la aspiración
- El catéter se lubrica con agua o con un lubricante hidrosoluble y se introduce en el bronquio con la suficiente profundidad para provocar la tos, esta profundidad es de 20 a 30 centímetros
- Si el usuario tose, se retira el catéter, ya que su presencia obstruye la traquea
- Si el moco es pegajoso y difícil de extraer, se puede instilar una solución de suero fisiológico estéril justo antes de aspirar
- La sonda se va retirando mientras se aplica aspiración y ejerciendo movimientos giratorios
- Para evitar la hipoxia no se debe aspirar al usuario mas de 10 o 15 segundos cada vez, el usuario debe descansar durante tres minutos entre cada aspiración y se debe administrar oxígeno al 100% entre aspiraciones
- El usuario con un tubo de traqueostomía es generalmente capaz de deglutir y mantener una ingesta oral normal. Si no es así, normalmente se alimentara de sondas nasogástrica o por vía intravenosa.

Actividades que debe realizar la enfermera para el cuidado de la traqueostomía

- Elevar la cabecera de la cama de 30 a 40 grados
- Animar al usuario a que respire profundamente y tosa regularmente
- Proporcionar una humidificación adecuada
- Aspirar según sea necesario, manteniendo una técnica estéril
- Inspeccionar regularmente y limpiar el tubo de traqueostomía
- Mantener un optimo estado de hidratación
- Inspeccionar regularmente y limpiar el tubo de traqueostomía
- Antes de la cirugía instruir al usuario sobre los efectos esperados de la traqueostomía en el habla.
- Explicar la fisiología normal de la producción del habla y como la traqueostomía rompe este mecanismo
- Después de identificar el método de comunicación adecuado, instruir al usuario para que lo practique en el preoperatorio, si es posible. Animara a las personas de apoyo para que practiquen también una comunicación alternativa

- Mantener el timbre junto a la cama del usuario y pegar una nota en el receptor de llamadas que diga: usuario temporalmente incapaz de hablar (esto en las unidades de enfermería)
- Quitar todas las barreras extrañas que puedan interferir con una comunicación eficaz
- Proporcionar ambiente tranquilo y silencioso
- Ponerse de cara al usuario cuando se comunique
- Dar al usuario el tiempo adecuado para que inicie, complete y responda a la comunicación
- Evitar completar las frases
- Proporcionarle apoyo emocional, tranquilidad y ánimo
- Comentar los efectos esperados de la traqueostomía en las funciones corporales (respiración, habla, tos, limpieza de secreciones)
- Aconsejar al usuario sobre las preocupaciones sexuales
- Tranquilizar al usuario y a su pareja acerca de que sus preocupaciones y miedos son normales y esperados
- Permitir a la pareja que compartan sus preocupaciones en privado
- Fomentar que tanto el usuario como su pareja miren a zona de la traqueostomía
- Actuar para aclarar todo error o para abordar áreas específicas de preocupación como:
 - o Miedo a la asfixia
 - o Olores y secreciones desagradables (aplicar perfume, llevar babero de estoma para esconder secreciones)
 - o Aspecto desagradable: sugerir cubrir el babero del estoma con un pañuelo
 - o Fatiga: fomentar períodos de reposo
- Enseñarle las medidas de cuidado de la
- traqueostomía: Cuidado de la piel, Aspiración, Cuidados de la cánula, Uso de una cobertura del estoma
- Reforzar la importancia de una adecuada humedad de la tos regular y ejercicios de respiración profunda
- Explicar la necesidad de una higiene bucal óptima
- Enseñar al usuario a proteger el estoma del agua, cuando se duche o afeite
- Instruir al usuario para que evite: Ambientes calurosos o muy fríos, Exposición a humos, polvos y aerosoles
- Enseñar los signos de infección a informar (cambio de color del esputo)
- Enseñarle el manejo de urgencia del desplazamiento de la cánula

24.4 Donde se registran los procedimientos

Estos procedimientos se registran en la hoja de enfermera en el expediente clínico

25. ALIMENTACIÓN PARENTERAL POR BOMBA DE INFUSIÓN

25.1 Concepto del procedimiento

Consiste en la administración de soluciones de alimentación parenteral. Las bombas de infusión permiten seleccionar el volumen exacto a ser infundido

25.2 Materiales y equipos para el procedimiento

- Bomba de infusión
- Bajante de bomba de infusión
- Soluciones de alimentación enteral y parenteral
- Aguja calibre 22
- Todo lo necesario para canalizar una vía periférica
- Pie de suero
- Guantes
- Recipiente para desperdicios
- Bandeja
- Zafacón

25.3 Como se realiza el procedimiento

- Verifique ordenes medicas
- Lávese las manos
- Prepare el equipo y las soluciones
- Explique al usuario del procedimiento
- Revise si la vena canalizada esta permeable
- Coloque el frasco en el soporte de soluciones
- Prepare bomba de infusión según técnicas de manejo de esta
- Seleccione el volumen a ser infundido según indicación medica
- Observe continuamente la permeabilidad, goteo y lugar de la venoclisis
-

25.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de enfermera en el record clínico

26. MEDIR PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

26.1 Concepto del procedimiento

Procedimiento mediante el cual se mide la presión de los grandes vasos con el objetivo de obtener una cifra exacta de la presión venosa central del usuario y conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos

26.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Equipo desechable de presión venosa central
- Regla de medición que se acopla al palo de goteo
- Suero fisiológico de 500cc
- Zafacón

26.3 Como se realiza el procedimiento

- Lávese las manos, Lleve el equipo a la unidad, Oriente al usuario porque deben medirse estas cifras.
- Explique al usuario que no va a sentir nada durante la medición
- Acueste al usuario en decúbito supino durante algunos instantes sin almohada
- Si el estado respiratorio del usuario esta afectado, bajar la cabecera de la cama tanto como pueda tolerar
- El 0 de la regla debe colocarse a nivel de la aurícula derecha
- Llenar la tubería de presión venosa con líquidos para expulsar todas las burbujas
- Llenar la regla de medición girando la llave de tres vías entre el liquido intravenoso y el manómetro
- Girar la vía de tres pasos a la posición que comunica el sistema vascular del usuario para medir la presión venosa
- En la regla de medición, el descenso del flujo de la columna en un principio será rápido, luego se producirán oscilaciones con la respiración. El nivel en el que el flujo se estabiliza representa la presión venosa central
- Recordar que el 0 de la regla de medición de ser colocado a nivel de la aurícula derecha. La presión normal en vena cava es de 6 a 12, y en la aurícula derecha de 0 a 4 centímetros de agua
- Luego de tomar la presión venosa central se debe restablecer la perfusión moviendo la llave de tres vías
- Observar si el catéter esta ocluido
- Verificar el apócito en el sitio de inserción del catéter para descubrir hemorragias, humedad, o signos de infección
- Notificar al medico cualquier aumento o disminución de la cifra de presión venosa central
- Dejar al usuario cómodo
- Recoger el equipo
- Lávese las manos

26.4 Donde se registra el procedimiento

En la hoja de signograma en el expediente clínico

27. REANIMACIÓN CÁRDIO PULMONAR (RCP)

26.1 Concepto del procedimiento

Es el conjunto de maniobras que se realizan en casos de paro cardiorrespiratorio (RCP).

La rapidez con que se realice el diagnóstico y se inicien maniobras tiene relación con el resultado de la reanimación, por eso cada persona que participa en la reanimación debe tener funciones claramente establecidas, para que el equipo trabaje en forma sincronizada y en coordinación

26.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Carro de paro completo
- Humidificador
- Desfibrilador
- Gel
- Servilletas.
- Zafacón.

26.3 Como se realiza el procedimiento

Para realizar éste procedimiento debemos tomar en cuenta los siguientes:

Primera persona: El médico es la única voz que ordena durante las maniobras

- Lidera el equipo
- Maneja las vías aéreas
- Despeja las vías aéreas.
- Instala cánula de mayo.
- Administra oxígeno con ambú
- Realiza intubación endotraqueal
- Indica drogas a tomar
- Decide cuando detener la maniobra

Segunda persona: El médico o la enfermera

- Realiza manejo cardiaco.
- Si el usuario no requiere masaje cardiaco, solicite antecedentes del usuario.
- realiza cardioversion
- Evalúa al usuario y verifica paro cardiaco respiratorio.

Asiste la permeabilidad de las vías aéreas, prueba el cuff del tubo endotraqueal en usuarios adultos

- Aspira cuerpos externos orotraqueales, con cánulas de yankáwer.
- Ubica el usuario en posición para intubación e hiperventilación con ambú previo a intubación
- Realiza fijación de tubo.

Tercera persona: La enfermera

- Tomar el tiempo de inicio de las maniobras
- Proporciona material necesario para asegurar las vías aéreas (Cánula de mayo, ambú con mascarilla adecuada al tamaño del usuario, tubo endotraqueal de acuerdo a la edad y sexo y laringoscopio con hoja adecuada)
- Colocación de electrodos y monitorización del usuario.
- Administra medicamentos.

-Permeabiliza vía venosa periférica o central

Cuarta persona: Enfermera

-Prepara y anota los medicamentos de urgencia

-Prepara los medicamentos de primera línea y drogas vasoactivas de segunda línea como son dopamina y dobutamina.

-Mantiene carro de paro a mano con los medicamentos necesarios para las eventualidades.

-Registra control de signos vitales.

Quinta persona: Auxiliar de enfermería.

-Asistir a la enfermera en la instalación y fijación de vía venosa periférica

-Asistir a la enfermera en la fijación de tubo endotraqueal.

-Colabora con la movilización del usuario.

-Retira las ropas y prendas.

-Se encarga de traer y llevar cualquier elemento necesario para la atención de urgencia.

-Repone medicamentos y material gastable utilizados del carro de paro.

-Deja el equipo limpio y organizado en lugar correspondiente.

26.4 Donde se registra el procedimiento

-En el expediente clínico del usuario.

27. EGRESO DEL USUARIO

27.1. Concepto del procedimiento

Consiste en realizar actividad de registro y orientación mediante la cual se ofrecen las orientaciones necesarias al usuario y a su familia acerca de la atención que este va a recibir en el hogar.

27.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Expediente clínico del usuario
- Ropas y demás pertenencias del usuario
- Silla de ruedas o camilla
- Hoja de censo

27.3 Como se realiza el procedimiento

- Verifique el alta en el expediente clínico
- Oriente al usuario y a la familia sobre la continuidad del tratamiento y cuidados posteriores.
- Ayúdelo a vestirse y empacar si no puede hacerlo por si mismo
- Entregue las ropas y demás pertenencias al usuario.
- Solicite a la oficina de trabajo social el aviso a los familiares en caso necesario
- Haga las anotaciones en el expediente clínico, fecha, hora de salida y condición en que sale del hospital y orientaciones ofrecidas
- Asegure el registro de la salida del usuario en un formulario de censo
- Acompañe el usuario hasta la salida
- Retire kardex y tarjeta de medicamento
- Saque el expediente de la tablilla y coloque en el lugar correspondiente
- Deje la unidad lista para recibir otro usuario

27.4 Donde se registra este procedimiento

- En el formulario de censo de la institución

28. CUIDADO POST MORTEMES

28.1 Concepto del procedimiento

Conjunto de actividades que se realizan en torno al usuario fallecido que se realiza con la finalidad de identificación correcta del cadáver, limpieza, acondicionamiento, para presentar el cadáver con la mayor estética y mantener la integridad de este.

28.2 Materiales y equipos necesarios para el procedimiento

- Algodón
- Vendaje
- Ropa de usuario
- Cosmético y peine
- Cinta adhesiva
- Guantes
- Mampara
- Tarjeta de identificación
- Sabana
- Pinzas
- Equipo de baño si es necesario
- Pegamento
- Zafacón

28.3 Como se realiza el procedimiento

- Colóquese los guantes
- Aísle al usuario
- Retire todas las prendas y entréguelas a los familiares
- En caso de dentadura postiza, colóquesela, cierre la boca y ojos
- Retire conexiones
- Haga la limpieza del cadáver según necesidad
- Alinee bien el cadáver
- Tapone las cavidades con algodón
- Vista y peine el cadáver
- Coloque la identificación del cadáver de acuerdo a normas del establecimiento
- Cubra con una sabana en forma de momia si no se dispone de ropa
- Trasládalo a la morgue según normas del establecimiento
- Notifique a los familiares si están presentes, en caso contrario avisar al trabajador social
- Lávese las manos

28.4 Donde se registra el procedimiento

En el expediente clínico en la hoja de enfermera

29. PREPARACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DEL USUARIO

29.1 Concepto del procedimiento

Consiste en disponer de los preparativos previos a la cirugía, los cuales dependerán del diagnóstico y las indicaciones del médico tratante. Pero en sentido general, se debe tener presente:

- Que no ingiera alimentos dentro de cierto periodo de tiempo antes de la cirugía
- Que se bañe y posiblemente que se rasure el área de la cirugía
- Someterse a varios exámenes de sangre, rayos x, electrocardiogramas u otros procedimientos necesarios para la cirugía
- Algunas veces se le puede recomendar al usuario que se ponga una enema la noche previa a la cirugía para vaciar el intestino
- No usar maquillaje el día de la cirugía
- No usar esmalte de uñas
- No usar lentes de contacto
- Deje en la casa los artículos de valor y joyas
- Infórmele al personal medico si tiene dentadura postiza u otras prótesis
- Debe solicitarse el uso de bata de cirugía de la institución
- Se le coloca una solución intravenosa según indicación medica
- El usuario se debe transportar en camilla a la sala quirúrgica

30. PRINCIPIOS APLICADOS EN LA PREPARACIÓN DE MATERIAL PARA ESTERILIZAR Y DESINFECTAR

- 1- El material debe lavarse con agua fría antes de esterilizar o desinfectarlo.
- 2- El material debe envolverse y etiquetarse.
- 3- Use indicadores de esterilización al preparar un paquete.
- 4- Al prepararse un paquete para esterilizar debe colocarse una etiqueta con las siguientes indicaciones:
- 5- Contenido del paquete
- 6- Fecha de preparación
- 7- Nombre de la persona que lo preparo
- 8- Las puntas de los instrumentos puntiagudos deben cubrirse con gasa o algodón.
- 9- El artículo que se va a hervir debe quedar por completo en el agua.
- 10- En la esterilización química los artículos deben quedar sumergidos totalmente en la solución
- 11- Al elegir el método de esterilización y/o de desinfección se deben considerar las características de los materiales

31. PRINCIPIO PARA EL MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL Y DESINFECTADO.

- 1- El material estéril debe manejarse en superficie seca
- 2- El material estéril debe ser identificado con una etiqueta que diga “Material estéril”
- 3- El material estéril debe ser manejado con guantes estériles y pinzas
- 4- El material estéril restante de un paquete debe descartarse
- 5- La persona que maneja material estéril debe mantenerse callado
- 6- La pinza de transporte debe manejarse con la punta hacia abajo
- 7- Al retirar una pinza de transporte del recipiente, esta no debe rozar ni con el borde ni con las demás pinzas
- 8- Al manejar bandejas abiertas con material estéril y con otros materiales no estériles fuera de ella, se deben tomar los materiales no estériles evitando el cruce con los estériles
- 9- El material estéril debe manejarse dándole siempre el frente al cuerpo
- 10- El material estéril debe manejarse siempre en campo visible de la cintura hacia arriba
- 11- Al colocarse guantes estériles debe mantenerse las manos alejadas del cuerpo
- 12- Al manejar material estéril se debe evitar que moje el vestido
- 13- La solución desinfectante debe cambiarse periódicamente
- 14- El material estéril debe mantenerse cerrado y/o tapado
- 15- Al destapar un frasco conteniendo material estéril debe colocarse la tapa con el borde hacia arriba en superficies no estériles