MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Nº 238-2018-HCH/DG

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL
29 AGO. 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 24 de Agosto de 2018.

VISTO:

El Expediente Nº 17153-2018, que contiene el Informe N° 1876-DE-2018-HCH, de fecha 26.Jun.2018, del Departamento de Enfermería, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento de visto, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, las cuales tienen por objetivo estandarizar criterios de intervención a los pacientes para prevenir complicaciones;

Que, mediante Informe Técnico N° 073-OGC-2018-HCH, de fecha 17 de julio de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería;

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

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

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

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

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

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

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

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

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 715-2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, propuesta por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

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

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

SE RESUELVE:

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

- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Higiene Bucal.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Higiene Perineal.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Baño del Paciente en cama.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Retiro de Catéter Venoso Periférico.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Retiro de Sonda Vesical.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Administración de Medicamentos Vía Inhalatoria.

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

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

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

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
29 AGO. 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO
TRAMITE INTERNO

I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN HIGIENE BUCAL

CODIGO: GPAE - 19

II DEFINICIÓN

Es la limpieza de la cavidad oral para mantener limpia: las encías, dientes, lengua, paladar, laterales, evitar la sequedad, grietas de los labios y prevenir infecciones.

OBJETIVOS

✓Estandarizar el procedimiento con la incorporación de la guía práctica en higiene bucal del paciente.

ASPECTO EPIDEMIOLOGICOS

No aplica

III RESPONSABLE

Licenciada(o) en enfermería

Técnico de Enfermería

IV INDICACIONES

ABSOLUTA

Pacientes hospitalizados con Grado de dependencia III y IV.

RELATIVA

No aplica

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Paciente pronado (solo se le realiza enjuague)

VI REQUISITOS

Consentimiento informado:
No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Riñonera

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

04 Gasas 10 x 10
04 Baja lengua
02 Pares de guantes de procedimiento

V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
V°B°
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

OTROS

01 Bandeja
01 Toalla de felpa de 20 x 20 cm.
01 Cepillo dental
01 Dentífrico
01 Limpiador de lengua
01 Vaso descartable
5cc.Jabón liquido
01 Papel toalla 20cmt.
20cc Enjuague bucal con clorhexidina 0.12%

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Higienice las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.	1. Evita la diseminación de gérmenes.
2. Prepare los materiales e insumos y llevar a la unidad.	2. Ahorra tiempo y energía.
3. Higienice sus manos y cálcese los guantes.	3. Evita la diseminación de gérmenes e infecciones cruzadas.
4. Evalué grado de movilización y autocuidado del paciente	4. Permite valorar la independencia del paciente para su posible higiene bucal.
5. Explique al paciente el procedimiento si estuviera consiente.	5. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente.
6. Coloque la cabecera del paciente en ángulo de 45° y con la cabeza lateralizada si no hay contraindicación.	6. La posición adecuada del paciente evita la aspiración.
7. Coloque una toalla sobre el cuello y pecho del paciente y la riñonera debajo de su barbilla.	7. Evita manchar la ropa de cama.
8. **Paciente consciente**: Humedece la gasa previamente envuelta en la baja lengua (a manera de almohadilla o hisopo) en el agua y aplique una pequeña cantidad de dentífrico, pidiendo al paciente que abra la boca. Cepillando con movimientos de arriba hacia abajo, enjuague, seque los labios y lubrique con una fina capa de crema hidrosoluble si lo tuviera.	8 Para eliminar partículas de alimento o secreciones situadas entre los dientes y a lo largo de las superficies de masticación.
9 **Paciente inconsciente**: Inicie la limpieza por la lengua. Limpie el paladar y cara interna de encías superiores. Continúe con la limpieza escrupulosa y minuciosa de los dientes del maxilar superior, descarte la baja lengua, por cada limpieza. Pase al maxilar inferior, empezando por la cara interna de la encía siga con la cara externa de la misma y termine con los dientes del maxilar inferior. Culmine con la parte interna de las mejillas Realice enjuague bucal, con una gasita	9 Para eliminar partículas de alimento o secreciones situadas entre los dientes y a lo largo de las superficies de masticación. Es el orden correcto para evitar la diseminación de microorganismos, a fin de disminuir al mínimo el riesgo de transferir bacterias y otras impurezas de una pieza a otra. Enjuague bucal, después del cepillado de dientes, sirve para eliminar las bacterias y microorganismos

	humedecida retirar los restos del dentífrico. Lubrique con una fina capa de crema hidrosoluble si lo tuviera.	causantes de caries.
10	Retire la toalla del pecho y deje cómodo al paciente.	10 Asegura la comodidad del paciente, proporciona bienestar.
11	Recoge, limpie y guarde el material utilizado.	11 Mantiene el orden y conservación del material y reduce la trasmisión de microorganismo y evita las infecciones cruzadas.
12	Retire y deseche los guantes, realice higiene de manos.	12 Evita la diseminación de gérmenes.

IX COMPLICACIONES

No aplica

X BIBLIOGRAFIA

1. López AM, Ubilla SF,Morales SC, Zitko MP, MV, Rivera AM. Hábitos higiénicos vulvo vaginales de consultantes de Gineco-obstetricia. Rev. Chil. obstet.ginecol. Agost 2015 Scielo. [citado mayo-2018];80(4) pág. 282-288.
   Disponible en:
   https:/Scielo.conicyt.cl/Scielo.php?script=sci_arttext&pid=so717-75262015000400002&lng=es.

2. Potter.A, Perry Ag, Stocker PA. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Elservier; 2015.Vol 8. Pag 806-807.

3. Ramos WFMyBOS. Fundamentos de enfermeria basica I Y II. PRIMERA ed. Huancavelica: FAS IMPRESIONES ESTUDIO GRAFICO; 2013.

XI ANEXO

Anexo N° 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN HIGIENE BUCAL				
FECHA:	HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :	
N	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Higieniza las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.			
2.	Prepara los materiales e insumos y llevar a la unidad.			
3.	Higieniza sus manos y calza los guantes.			
4.	Evalúa grado de movilización y autocuidado del paciente.			
5.	Explica al paciente el procedimiento si estuviera consiente.			
6.	Coloca la cabecera del paciente en ángulo de 45° y con la cabeza lateralizada si no hay contraindicación.			
7.	Coloca una toalla sobre el cuello y pecho del paciente y la riñonera debajo de su barbilla.			
8.	Paciente consciente realiza higiene bucal según procedimiento.			
9.	Paciente inconsciente realiza higiene bucal según procedimiento.			
10.	Retira la toalla del pecho y deja cómodo al paciente.			
11.	Recoge, limpia y guarda el material utilizado.			
12.	Se retira y desecha los guantes, realiza higiene de manos.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		**FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR**		

I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA HIGIENE PERINEAL.

CODIGO: GPAE- 20

II DEFINICIÓN

Es el procedimiento que consiste en el lavado periódico, aséptico externo de la región perineal (genitales externos y región anal).

OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento asistencial con la incorporación de la guía práctica en higiene perineal, previniendo infecciones, dermatitis asociado a incontinencia (DAI) y promoviendo la comodidad en la estancia hospitalaria.

ASPECTO EPIDEMIOLOGICOS

No aplica

III RESPONSABLE

Licenciada(o) en enfermería.
Técnico de Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes que no pueden realizarse el aseo perineal por sí solo.
- ✓ Cuando son sometidos a sondaje vesical.
- ✓ Pacientes hospitalizados Grado III y IV.
- ✓ Pacientes politraumatizados.
- ✓ Pacientes con trastorno de sensorio.
- ✓ Pacientes en inicio de parto
- ✓ Pacientes con incontinencia urinaria.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

No aplica.

RELATIVAS

No aplica

VI REQUISITOS

Consentimiento informado:
No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Chata

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

01 Coche de baño
01 Recipiente con agua temperada
02 Biombos.

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

01 Mandilón
01 Mascarilla
01 Par de lentes
01 Par de guantes de procedimiento
01 Hule con solera
01 Paquete de 10 gasas 10 x10
20cmt. Papel toalla
05ccJabón líquido antiséptico neutro
01 Litro de agua hervida fría.

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Explique al paciente y/o familiar el procedimiento.	1. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente.
2. Higienice las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación de los materiales.
3. Prepare los materiales e insumos y lleve a la unidad.	3. Ahorra tiempo y esfuerzo.
4. Garantice la privacidad del paciente, (Cierre la puerta, coloque biombos).	4. Conserva la individualidad e intimidad del paciente.
5. Higienice sus manos y colóquese gorros, lentes, mascarilla, mandil no estéril y guantes.	5. Las medidas de bioseguridad protege al personal de salud, al evitar el contacto directo con bacterias y fluidos.
6. Coloque el hule y chata debajo de los glúteos del paciente.	6. Protege la ropa de cama que no se humedezca.
7. Antes de iniciar el procedimiento, pregunte al paciente si desea miccionar. En caso que si desee, ofrézcale urinario o chata según corresponda.	7. La evacuación de la orina, permitirá que no haya riesgo de micción durante el procedimiento. Eliminar situaciones físicas que pueden causar incomodidad al paciente durante el procedimiento.
8. Descubre parcialmente, coloque una sábana sobre el abdomen y retire el pañal si lo tuviera.	8. Evita la exposición innecesaria del cuerpo y mantiene la comodidad del paciente.
9. Evalué la piel de la zona perineal.	9. Permite identificar lesiones ´para realizar las acciones y cuidados específicos.
VARONES 10. Coloque al paciente en posición decúbito supino, exponer la parte superior de los muslos. Lavar y secar los muslos.	10. Mantener cubierto al paciente reduce su ansiedad, la toalla evita que la humedad se concentre en la zona de las ingles.
11. Coge el pene, si el paciente está sin circuncidar, retraer el prepucio, exponer el glande y surco balano prepucial, asear con	11. Manejar el pene suavemente pero con firmeza reduce las posibilidades de que se produzca una erección,

movimientos de arriba hacia abajo, usando jabón pH neutro, las gasas y el, levantando el escroto cuidadosamente, lavar los pliegues cutáneos y terminar en el ano. Enjuagar y secar.	bajo el prepucio se acumulan secreciones que pueden albergar microorganismos
12. Retire la chata y hule.	12. Permite el orden, limpieza y la comodidad del paciente.
13. Retire los guantes y realice higiene de manos.	13. Evita la diseminación de gérmenes.
14. Calce guantes de procedimiento y deje cómodo al paciente.	14. Proporciona bienestar al paciente.
MUJERES 15. Coloque la chata según técnicas (forma de diamante) y descubra las piernas formando un triángulo con la toalla	15. Evita humedecer la cama y facilita la realización del procedimiento ya que expone por completo los genitales.
16. Doble la esquina inferior de la toalla de baño entre las piernas de la paciente hasta el abdomen, lava y seque la parte superior de los muslos.	16. Mantener a la paciente cubierta hasta que se comience con el procedimiento minimiza la ansiedad.
17. Lave el pubis y los labios mayores, con jabón pH neutro si fuera necesario y gasas, separe con una mano y con la otra los labios menores, vestíbulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera en un solo movimiento, desechando la gasas en el contenedor de bolsa roja cada vez se utilice.	17. El cuidado perineal requiere una minuciosa limpieza de los genitales externos de la paciente y la piel subyacente ya que los pliegues de la piel pueden contener secreciones corporales que pueden albergar microorganismos y el limpiar desde delante hacia atrás reduce las posibilidades de transmitir microorganismos fecales al meato urinario.
18. Enjuague con agua a chorro y seque con la gasa haciendo toques, prestando especial atención a los pliegues.	18. Evita la diseminación de gérmenes.
19. Retire y coloque la chata y hule debajo de la mesa de procedimiento.	19. Permite el orden, limpieza y la comodidad del paciente.
20. Retíre los guantes y realice higiene de manos.	20. Constituye una barrera de protección.
21. Cálcese guantes de procedimiento.	21. Constituye una barrera de protección.
22. Deje en posición adecuada y cómoda al paciente. Retíreselos guantes.	22. Proporciona bienestar al paciente y brinda comodidad y confort.
23. Registre evaluación de la piel la zona perineal en notas de enfermería.	23. Proporciona seguimiento de la valoración de la piel del paciente.

V°B°

V°B°

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

IX COMPLICACIONES

No aplica

X BIBLIOGRAFIAS

1. López AM, Ubilla SF,Morales SC, Zitko MP, MV, Rivera AM.Hábitos higiénicos vulvo vaginales de consultantes de Gineco-obstetricia. Rev. Chil. obstet.ginecol. Agost 2015 Scielo. [citado mayo-2018];80(4) pág. 282-288.
   Disponible en:
   https:/Scielo.conicyt.cl/Scielo.php?script=sci_arttext&pid=so717-75262015000400002&lng=es.

2. Potter.A, Perry Ag, Stocker PA. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Elservier; 2015.Vol 8. Pag 806-807.

3. Ramos WFMyBOS. Fundamentos de enfermeria basica I Y II. PRIMERA ed. Huancavelica: FAS IMPRESIONES ESTUDIO GRAFICO; 2013.

XI ANEXO

ANEXO 1

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN HIGIENE PERINEAL				
FECHA:	**HORA DE INICIO :**		**HORA DE TERMINO :**	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO		**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1	Explica al paciente y/o familiar el procedimiento.			
2	Higieniza las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.			
3	Prepara los materiales e insumos y lleve a la unidad.			
4	Garantiza la privacidad del paciente, (Cierra la puerta, coloque biombos).			
5	Higieniza sus manos y colóquese gorros, lentes, mascarilla, mandil no estéril y guantes.			
6	Coloca el hule y chata debajo de los glúteos del paciente.			
7	Pregunta al paciente si desea miccionar. En caso que si desee, ofrece el urinario o chata según corresponda.			
8	Descubre parcialmente, coloque una sábana sobre el abdomen y retire el pañal si lo tuviera.			
9	Evalué la piel de la zona perineal.			
10	**VARON:** En caso de varón realiza la higiene perineal según protocolo.			
11	**MUJER:** En caso de mujer realiza la higiene perineal según protocolo.			
12	Retira, coloca la chata y hule de bajo de la mesa de procedimiento.			
13	Retira los guantes y realice higiene de manos.			
14	Se calza guantes de procedimiento.			
15	Deja en posición adecuada y cómoda al paciente. Se retira los guantes.			
10	Registra evaluación de la piel perineal en notas de enfermería.			
>80% Aprobado				
Firma y sello del evaluado			**Firma y sello del evaluador**	

I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA

CODIGO: GPAE - 21

II DEFINICIÓN

Es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza para reducir la colonización microbiana. Utilizando agua, jabón y shampoo, para el paciente hospitalizado que no puede movilizarse, incapacitado o tiene contraindicado levantarse de su cama.

OBJETIVOS.

- ✓Unificar criterios en los cuidados de Enfermería durante el procedimiento del baño del paciente.
- ✓Estandarizar el procedimiento con la incorporación de la guía práctica de baño del paciente en cama.

ASPECTO EPIDEMOLOGICOS

No aplica

III RESPONSABLES.

Licenciada(o) en enfermería
Técnico de Enfermería

IV INDICACIONES.

ABSOLUTAS.

- ✓Todo paciente hospitalizado que no puede movilizarse, incapacitado o tiene contraindicado levantarse de su cama.

RELATIVAS.

- ✓Ninguna.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS
No aplica.

RELATIVAS
- ✓ Paciente post operado inmediato
- ✓ Paciente hemodinamicamente inestable

VI REQUISITOS

Consentimiento informado
No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL FUNGIBLE

02 Mandilones
02 Gorro
01 Par de Lentes
02 Mascarillas
02 Pares de guantes de procedimiento
04 Torundas
4 Litros Agua tibia.

MATERIAL NO FUNGIBLE

02 Lavatorio de acero quirúrgico u otros
01 Bata de paciente
01 Juego de ropa de cama(sabana, solera, colcha)

OTROS (Personales)

01 Jabón o esponja de clorhexidina 2%
01 Shampoo.
01 Esponja.
01 Cortaúñas.
01 Rasurador
01 Talco
01 Peine
01 Loción o crema para la piel (opcional).
01 Toalla
01 Paño descartable
01 Pañal

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Explique al paciente y familia el procedimiento a realizar.	1. Brinda seguridad, confianza y se obtiene su colaboración.
2. El baño del paciente se hará de dos personas y se posicionaran a ambos lados de la cama del paciente. A la vez se hará el tendido de cama de acuerdo a la GUIA, durante el procedimiento.	2. Facilita la ejecución y disminuye el tiempo del procedimiento.
3. Higienice las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.	3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
4. Prepare los materiales e insumos y lleve a la unidad.	4. Ahorra tiempo y energía.
5. Cierre las ventanas, corra las cortinas, coloque biombos.	5. Asegura la protección de la intimidad del paciente y evita el enfriamiento del paciente por exposición de las corrientes de aire durante el baño.
6. Higienice sus manos y colóquese equipo de protección, (gorro, lentes, mascarilla, mandil y guantes de examen).	6. Son precauciones Universales (medidas de bioseguridad) para lá prevencion de infecciones.
7. Verifique que la cama este en una posición fija y elevar la cama hasta una altura de trabajo cómodo. Baje las barandas y coloque al paciente en posición anatómica. Afloje la ropa de cama, retire almohadas.	7. Evita que la cama se mueva y da comodidad al paciente durante el procedimiento. El orden en el procedimiento evita la propagación de infecciones cruzadas.
8. Retire la bata del paciente a la ropa sucia, manteniendo la sabana superior para cubrir al paciente. Valore el estado de la piel del paciente.	8. Expone lo necesario del cuerpo del paciente durante el baño, las sabanas mantienen el calor y protege la intimidad del paciente. Permite visualizar alguna lesión de la piel para realiza acciones y cuidados.
9. Vierte el agua temperada en el lavatorio manteniendo la temperatura adecuada o según tolerancia del paciente.	9. El agua tibia mantiene el bienestar del paciente. la temperatura incorrecta del agua puede lesionar los tejidos.
10. Lave el cabello del paciente.	10. El baño del paciente tiene un orden cefalocaudal.
11. Lave los ojos, usando torundas humedecidas (sin jabón), del ángulo interno al externo y descarte. Seque los ojos con suavidad.	11. El jabón irrita los ojos. Lavar los ojos desde dentro hacia afuera evita que entren las secreciones en el conducto naso lagrimal.
12. Lave las orejas, protegiendo los oídos con algodón , secarlo bien y descarte. Limpie las fosas nasales, ya sea de los pacientes inconscientes y de los pacientes sometidos a oxigenoterapia.	12. La humedad favorece la proliferación de bacterias y ocasionar una infección. La nariz es uno de los filtros más importantes de nuestro cuerpo.

13. Lave, enjuague y seque la frente, las mejillas, sin utilizar jabón y en el cuello realice movimiento circulares con la esponja enjabonada. (Los hombres se afeitara de ser necesario.)	13. El jabón tiende a dejar la cara reseca, que es ya de por sí la parte del cuerpo más expuesta al aire.
14. Lave el torso y las extremidades Superiores: Lave con jabón o esponja de clorhexidina 2% friccionando movimientos largos, enjuague y seque, iniciando por la muñeca, antebrazo, brazo y axila. La mano sumerja en el lavatorio, lave enjuague y seque la mano, y termine haciendo recorte de uñas si es necesario. En lado opuesto repetir el procedimiento.	14. El jabón reduce la tensión superficial y facilita la eliminación de residuos y bacterias cuando se aplica fricción durante el baño y las pasadas largas y firmes estimulan la circulación y al hacerlo desde los dedos hacia la axila fomenta el retorno venoso, mover el brazo expone la axila y se ejercita la amplitud del movimiento articular. El secado evita la humedad excesiva, la cual puede causar la maceración y el ablandamiento de la piel.
15. Lave la parte anterior del tórax incluyendo abdomen, enjuague y seque. Teniendo cuidado de los pliegues infra mamarios y ombligo.	15. La fricción enérgica sobre la piel ayuda a eliminar impurezas y estimular la circulación.
16. Cubra el pecho, el abdomen y el periné.	16. La toalla evita que se ensucie la ropa de cama. Al apoyar la articulación y la extremidad mientras se levanta evita sobrecargar las estructuras musculo esqueléticas.
17. Lave friccionando movimientos largos, enjuague y seque, las extremidades inferiores, hasta los pies. No frote ni masajear las pantorrillas. Asegurarse de lavar bien entre los dedos y secarlos, proceder de igual forma con la otra pierna y terminar haciendo recorte de uñas si es necesario.	17. Fomenta la circulación y el retorno venoso. Un masaje excesivo de la pantorrilla podría desprender trombos venosos profundos. Puede haber secreción y humedad entre los dedos de los pies, lo que predispone al paciente a la maceración y que se agriete la piel.
18. Coloque al paciente en decúbito prono o lateral.	18. Expone la espalda y las nalgas para el baño a la vez que se limita la exposición del paciente.
19. Lave, enjuague y seque la espalda, desde el cuello hasta las nalgas con pasadas largas y firmes, prestar especial atención a los pliegues de las nalgas. (Debe realizarse tras el cuidado de la zona perineal femenina o masculina.)	19. Al pasar la esponja en pasadas largas y firmes, facilita la circulación y el arrastre de los microorganismos.
20. Retire los guantes y calce otros.	20. . Las medidas de bioseguridad protege al personal de salud, al evitar el contacto directo con bacterias y fluidos.
21. Concluye con la higiene perineal según guía de procedimiento.	21. La loción evita que la piel se seque y se agriete.

	Al término, aplique loción hidratante o aceite corporal adicional sobre la piel del paciente en caso de que sea necesario. Deje cubierto al paciente.	
22.	Retire la ropa de cama sucia y ponerla en la bolsa. Lavarse las manos. Termine de hacer la cama del paciente (Según guía de procedimiento).	22 Reduce la transmisión de microorganismos. Crea un ambiente limpio y confortable.
23	Coloque bata al paciente. Peinar el cabello del paciente.	23 Fomenta la imagen corporal del paciente.
24	Al término del baño, se realizara higiene bucal según guía de procedimiento, de ser necesario.	24

IX COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES
HIPOTERMIA	1. Valore al paciente. 2. Seque y cubre al paciente. 3. Monitorice la temperatura y funciones vitales. 4. Coloque manta térmica. 5. Si es posible y el estado del paciente lo permite que ingiere líquidos calientes. 6. Compruebe que la temperatura ambiental sea adecuada. 7. Comunique al Médico responsable. 8. Registre todo lo acontecido en las notas de Enfermería.
RETIRO DE ACCESORIOS	1. Valore al paciente. 2. Suspenda el baño 3. Termine de retirar cuidadosamente la vía endovenosa 4. Realice hemostasia 5. Termine el baño 6. Coloque un nuevo dispositivo

X BIBLIOGRAFIAS

1. Potter PA, Griffin Perry A, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de Enfermería. 8th ed. Barcelona- España: ELSEVIER; 2014.

2. Carvajal CG, Montenegro RJ. Higiene Cuidados basicos que promueve la comodidad en pacientes criticos. Universidad de la Sabana. Chia.Colombia. Revista Enfermeria global. Octubre 2015. [citado 2018 May 15] vol. 14, Num. 4 Pag 343-345. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841636015

3. Guevara LM, Laverde CO. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Jun 15] ; 24(1-2): 76-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100017&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100017.

XI ANEXO

Anexo N° 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN BAÑO DE PACIENTE				
FECHA:	HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :	
N	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Explica al paciente y familia el procedimiento a realizar.			
2	El baño lo hacen dos personas y se posicionaran a ambos lados de la cama del paciente.			
3	Higieniza las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.			
4	Prepara los materiales e insumos y lleve a la unidad.			
5	Cierra las ventanas, corra las cortinas, coloque biombos.			
6	Higieniza sus manos y se colóca equipo de protección, (gorro, lentes, mascarilla, mandil y guantes de examen).			
7	Verifica que la cama está en una posición fija y eleva la cama hasta una altura de trabajo cómodo. Baja las barandas y coloque al paciente en posición cómoda. Afloja la ropa de cama, retire almohadas.			
8	Retira la bata del paciente a la ropa sucia, manteniendo la sabana superior para cubrir al paciente. Evalúa la piel del paciente			
9	Vierta el agua tibia en el lavatorio manteniendo la temperatura adecuada o según tolerancia del paciente.			
10	Lava el cabello del paciente.			
11	Lava los ojos, usando torundas, sin jabón, del ángulo interno al externo. Seca los ojos con suavidad.			
12	Lava las orejas, protegiendo los oídos con algodón y secarlo bien. Limpia las fosas nasales, ya sea de los pacientes inconscientes y de los pacientes sometidos a oxigenoterapia.			
13	Lava, enjuaga y seca la frente, las mejillas, sin utilizar jabón y en el cuello realice movimiento circulares con la esponja enjabonada. (Los hombres pueden desear afeitarse en este momento o esperar a después del baño.) Limpieza de la cavidad oral (según guía). En pacientes con tubo endotraqueal, realiza aspiración de secreciones circuito cerrado.			
14	Lava el torso y las extremidades Superiores: Lava friccionando movimientos largos, enjuaga y			

	seca, iniciando por la muñeca, antebrazo, brazo y axila. La mano sumerje en el lavatorio, lava, enjuaga y seca la mano, y termine haciendo recorte de uñas si es necesario. Lo repite nuevamente en el otro brazo. Al finalizar cubre la parte inferior del paciente. Se percata la temperatura del agua o se llenó el jabón, realice el cambio respectivo.			
15	Lava la parte anterior del tórax incluyendo abdomen, enjuague y seque. Teniendo cuidado de los pliegues infra mamarios y del ombligo.			
16	Cubra el pecho, el abdomen y el periné.			
17	Lava friccionando movimientos largos, enjuague y seque, las extremidades inferiores, hasta los pies. No frota ni masajear las pantorrillas. Se asegura de lavar bien entre los dedos y secarlos, proceder de igual forma con la otra pierna y terminar haciendo recorte de uñas si es necesario.			
18	Coloca al paciente en decúbito prono o lateral.			
19	Lava enjuaga y seca la espalda, desde el cuello hasta las nalgas con pasadas largas y firmes, prestar especial atención a los pliegues de las nalgas y el ano. (Debe realizarse tras el cuidado de la zona perineal femenina o masculina.) En caso de que haya materia fecal, lo rodea en un pliegue del empapador o con un pañuelo de papel y quitarla con toallas desechables.			
20	Concluye la higiene perineal según guía de procedimiento. Al término, aplica loción hidratante o aceite corporal adicional sobre la piel del paciente en caso de que sea necesario. Deja cubierto al paciente.			
21	Retira la ropa de cama sucia y ponerla en la bolsa. Lavarse las manos. Termina de hacer la cama del paciente (Según guía de procedimiento).			
22	Ayuda al paciente a vestirse. Peinar el cabello del paciente.			
	PORCENTAJE DE ACIERTOS			
	>80% Aprobado			

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO

CODIGO: GPAE - 22

II DEFINICION

Es la extracción del catéter venoso periférico, al concluir el tratamiento o ante la presencia de complicaciones.

OBJETIVO

Estandarizar criterios en cuidados de Enfermería en el retiro de catéter venoso periférico y reducir complicaciones.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

No aplica.

III RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓Signos de Flebitis
- ✓Signos de Extravasación
- ✓Término del tratamiento
- ✓Obstrucción del catéter
- ✓Dolor en la zona

RELATIVAS

- ✓Cumpliendo 72 horas a mas, según la calidad del material del catéter.

V CONTRAINDICACIONES

No aplica

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: no aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Contenedor de punzo cortante
01 Riñonera o cubeta

V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
V°B°
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

01 Par de guantes descartables
02 Torundas de algodón
02 Torundas de algodón alcoholadas
10 cm Esparadrapo
5cc Alcohol gel

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes e infecciones cruzadas.
3. Prepare los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
4. Revise el brazalete de identificación y explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	4. Para brindarle seguridad, confianza y obtener su colaboración.
5. Coloque al paciente en posición cómoda.	5. Una posición corporal adecuada facilita el procedimiento.
6. Cierre las llaves de los equipos de infusión.	6. Impide la salida de la solución a infundir.
7. Valore la zona de venopuncion.	7. Evidencia presencia de flogosis.
8. Retire los esparadrapos colocados y /o apósito transparente, usando las torundas de algodón alcoholadas.	8. El alcohol es un solvente suave y puede disolver el adhesivo.
9. Cálcese guantes de procedimiento.	9. Constituye barrera de protección para el paciente y personal.
10. Solicite al paciente que realice una inspiración profunda, que expulse el aire y retire el catéter de venopuncion.	10. Disminuye el dolor que produce el retiro del catéter.
11. Coloque una torunda de algodón, haciendo presión en la zona y fijar con una tira de esparadrapo.	11. Para realizar hemostasia en la zona de punción.
12. Descarte el catéter y los materiales utilizados, según norma de bioseguridad.	12. Evita contaminación del ambiente.
13. Deje cómodo al paciente.	13. Proporciona bienestar.
14. Registre en notas de enfermería y kardex, el día del retiro del catéter.	14. Todo procedimiento realizado al paciente debe ser registrado para seguimiento y evitar problemas médicos legales.

IX COMPLICACIONES

No aplica.

X BIBLIOGRAFÍA

1. Nelly Olinda Román Paredes WFM. Fundamentos de enfermería básica I y II. In. Huancavelica: FAS Impresiones Studio Grafico - Imprenta; 2013. p. 167 y 174.
2. Silvia I. Tejada JS. Protocolos de atención para enfermería Santo Domingo, D.N: Coordinación editorial: Viceministro de Garantía de calidad; 2016.
3. Karina Etelvina, Pinto Portilla (Julio 2015)"Factores relacionados con la incidencia de flebitis por catéter venoso .Centro Médico Cemesa San Pedro Sula –Honduras Mayo .Julio 2015".Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua Centro de Investigaciones y estudios de la salud.

XI ANEXO

Anexo N° 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO.				
FECHA:	HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :	
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Revisa la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico.			
2.	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3.	Prepara los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.			
4.	Revisa el brazalete de identificación y explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
5.	Coloca al paciente en posición cómoda.			
6.	Cierra las llaves de los equipos de infusión.			
7.	Valorala zona de venopuncion.			
8.	Retira los esparadrapos colocados y /o apósito transparente, usando las torundas de algodón alcoholadas.			
9.	Calza los guantes de procedimiento.			
10	Solicita al paciente que realice una inspiración profunda, que expulse el aire y retira el catéter de venopuncion.			
11	Coloca una torunda de algodón, haciendo presión en la zona y fija con una tira de esparadrapo.			
12	Descarta el catéter y los materiales utilizados, según norma de bioseguridad.			
13	Deja cómodo al paciente.			
14	Registra en notas de enfermería y kardex.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		

I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN RETIRO DE SONDA VESICAL

CODIGO: GPAE - 23 **CPT 15859**

II DEFINICIÓN

El retiro de sonda vesical es un procedimiento que consiste en la extracción aséptica de una sonda a través del meato uretral.

OBJETIVOS

- ✓Unificar criterios en la intervención de enfermería, en el manejo de extracción de sonda vesical.
- ✓Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La revista Latino América Enfermagem (RLAE) 2016, define que la infección del tracto urinario asociada al cateterismo (ITUAC) es frecuente en personas hospitalizadas.

En las infecciones asociadas a la atención de salud, la infección del tracto urinario asociada al cateterismo es del 40%, estimándose que entre el 15% y 25% de las personas hospitalizadas son sometidas a cateterismo vesical y en la mayoría de los casos esta técnica se usa sin las indicaciones adecuadas, prologando su uso innecesariamente. La Sociedad Americana de Epidemiología para Cuidado de la Salud estima que entre el 17% y 69% de las ITUAC puede prevenirse mediante recomendaciones de control de infección. La investigación sugiere que la prevención de la ITU asociada al cateterismo pasa por medidas recomendadas y basadas en evidencias las cuales disminuyen la tasa de esta infección. Las medidas sencillas como la higiene de manos, mantenimiento y la forma en que se retira el catéter contribuyen a la prevención de la infección asociada.

Según el estudio de Prevalencia y mortalidad por infecciones del tracto urinario asociadas a la atención de la salud en pediatría-2015 está asociada a la atención de la salud y se define por la presencia de síntomas o signos urinarios compatibles con ITU sin identificación de otra fuente de infección y además la presencia de más de una bacteria en una muestra de orina de catéter o de una muestra en chorro medio de orina 48 horas luego del retiro del catéter. La bacteriuria se desarrolla hasta un 25 % de los pacientes con catéter urinario durante 7 días o más con un riesgo diario de 5 %, la mayoría de los casos son asintomáticos.

III RESPONSABLE

Licenciada(o) en enfermería.
Técnico de Enfermería: Colaborador.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Paciente que no requiere sonda Foley.
- ✓ Obstrucción de la sonda.
- ✓ Fecha de inserción de sonda caducada (7mo día),

RELATIVAS

- ✓ Dolor en la zona de inserción.
- ✓ Paciente de Alta en hospitalización (excepto paciente urológico).

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes con trauma pélvico vesical, perineal y uretral.
- ✓ Pacientes con litiasis renal descendida en uretra.
- ✓ Pacientes con lesiones uretrales (estenosis y fistulas).
- ✓ Pacientes con hematuria.
- ✓ Pacientes con prostatitis.
- ✓ Pacientes con tratamiento (sulfato de magnesio, corticoide, inotrópico).
- ✓ La estenosis uretral, cirugía reciente del tracto urinario y presencia de un esfínter artificial.

RELATIVAS

No aplica.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

Equipo Biomédicos

01 Coche de curación
01 Biombo

Material Médico no fungible

01 Chata
01 Riñonera
01 Solera de hule

Material Médico Fungible

01 Par de guantes
01 Mandil
01 Lentes protector
01 Jeringa de 20 cc
01 Mascarilla simple
05 Unidades Gasas estériles 10 x 10cm
01 Deposito con bolsa roja
01 Alcohol gel 5cc
02 Torundas de algodón alcoholadas
5cc Jabón liquido
50cm Papel Toalla
Insumos para aseo perineal (según guía de procedimiento)

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, Kardex y nombre del paciente.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Verifique la identidad del paciente en el brazalete de identificación del paciente.	2. Asegurarse de la identificación de la persona reduce la posibilidad de errores.
3. Explique al él y /o familia sobre el procedimiento.	3. Facilita la colaboración del paciente y permite que exista confianza.
4. Disponer las medidas para asegurar su privacidad.	4. Proporciona privacidad al paciente durante el procedimiento y protege su individualidad.
5. Realice higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	5. Previene las infecciones cruzadas.
6. Prepare los materiales e insumos y llévelo junto a él.	6. El equipo completo ahorra tiempo y energía.
7. Colóquese el equipo de protección personal(lentes, mascarilla, mandil y guantes de procedimiento)	7. Es medida de bioseguridad
8. Coloque una solera por debajo de los glúteos.	8. Evita que se humedezca la sabana del paciente.
9. Coloque al paciente en posición y retire los esparadrapos que sujetan la sonda al muslo. - Mujer: posición ginecológica. - Hombre: decúbito supino, con piernas separadas.	9. Facilita la exposición de la zona o área a trabajar.
10. Realice higiene de manos y colóquese guantes.	10. Sirve de barrera protectora contra gérmenes.
11. Sujete la sonda vesical, procede a la extracción del contenido del balón de fijación, asegúrese de extraer el volumen total.	11. Evita el traumatismo de la uretra y alivia la distensión de la vejiga.
12. Solicite al paciente que se relaje, que respire profundo, y a medida que el paciente exhale retire suavemente la sonda hacia afuera.	12. Permite la colaboraron del paciente y disminuye su ansiedad durante el procedimiento.
13. Reeducación vesical sólo por indicación médica.	13. Permite ir reeducando la vejiga, reduciendo la urgencia y frecuencia de las micciones.
14. Deseche el material usado y quítese los guantes. Según norma de bioseguridad.	14. Evita la diseminación de gérmenes.
15. Indique al técnico de enfermería hospitalización que realice la higiene perineal según guía de procedimiento. En caso de unidades críticas lo realiza la enfermera.	15. Evita el ingreso de microorganismos por vía ascendente.
16. Explique al paciente, que avise si presenta: Dificultad para empezar a orinar, para vaciar la vejiga completo. - Flujo o goteo de orina débil. - Perdidas pequeñas de orina durante	16. La información del paciente permite actuar con rapidez ante cualquier situación adversa.

día. - Incapacidad para sentir cuando la vejiga este llena. - Aumento de la presión abdominal.	
17. Deje cómodo al paciente.	17. Permite el bienestar físico del paciente repercutiendo en el estado anímico.
18. Realice higiene de manos.	18. Disminuye las infecciones cruzadas.
19. Registre el procedimiento en Kardex y en las Notas de Enfermería.	19. Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN RETIRO DE SONDA VESICAL

COMPLICACIONES	ACCIONES
URETERORRAGIAS	1. Valore al paciente. 2. Coloque una gasa estéril en la zona de sangrado. 3. Comunique al Médico responsable. 4. Registre todo lo acontecido en las notas de Enfermería. 5. Valore las características de la diuresis.

X BIBLIOGRAFIA

1. Fong S, et al. Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. CUBA, vol. 18 n ° 11, EDISAN 2014 Nov; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029 30192014001100006&lng=es

2. Mazzo A, et al. Cateterismo urinario permanente: Práctica clínica. Murcia Rev. Enfermería. Global vol. 14 N°38 pág. 50-59. Abril 2015 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695614120150002000003&lng=es

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

4. Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria Enfermería Comunitaria. España (Revista SEAPA).4(1):28-45. 2016 febrero.
5. Abasolo I, et al. Protocolo de sondaje vesical uso, inserción, mantenimiento y retirada. Hospital universitario Donostia 2014. http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/SONDAJE%20VESICAL OCTUBRE2014.pdf.
6. Fonseca Andrade VL, Veludo Fernandes FA. Prevencion de la Infeccion del tracto Urinario Asociado al Cateterismo:Estrategias en la Implementacion. Scielo. 2016; 24.

XI ANEXO

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN RETIRO DE SONDA VESICAL				
FECHA:	**HORA DE INICIO:**		**HORA DE TERMINO:**	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO		**SI**	**NO**	**OBSERVACION**
1	Revisa la historia clínica, Kardex y nombre del paciente.			
2	Verifica la identidad del paciente en el brazalete de identificación del paciente.			
3	Explica al él y /o familia sobre el procedimiento.			
4	Dispone de las medidas para asegurar su privacidad del paciente.			
5	Realiza higiene de manos.			
6	Prepara los materiales e insumos y llévelo junto a él.			
7	Coloca el equipo de protección personal(lentes, mascarilla, mandil y guantes de procedimiento)			
8	Coloca una solera por debajo de los glúteos.			
9	Coloca al paciente en posición y retira los esparadrapos que sujetan la sonda al muslo. Mujer: posición ginecológica. Hombre: decúbito supino, con piernas separadas.			
10	Realiza higiene de manos y se calza guantes.			
11	Sujeta la sonda vesical, procede a la extracción del contenido del balón de fijación, se asegura de extraer el volumen total.			
12	Solicita al paciente que se relaje, que respire profundo, y a medida que el paciente exhale retira suavemente la sonda hacia afuera.			
13	Desecha el material usado y se quita los guantes. Según norma de bioseguridad.			
14	Indica al técnico de enfermería de hospitalización que realice la higiene perineal según guía de procedimiento.			
15	Explica al paciente, que avisa si presenta alguna anormalidad durante la micción.			
16	Deja cómodo al paciente.			
17	Realiza higiene de manos.			
18	Registra el procedimiento en Kardex y en las Notas de Enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
Firma y sello del evaluado			**Firma y sello del evaluador**	

I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INHALATORIA.

CODIGO : GPAE - 24 **CPT: 94644**

II DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se proporcionan medicamentos a través de la mucosa Respiratoria en forma de micro gotas pulverizadas, por medio de un inhalador.

OBJETIVOS

- ✓Estandarizar los cuidados de enfermería en la administración de medicamentos inhalatorios.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES

Las Infecciones Respiratorias Agudas son enfermedades que pueden ser causadas por virus, bacterias y otros, siendo la neumonía, principal causa de muerte en niños y adultos mayores en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de este grupo edad. Debido a esta realidad las IRAS son un problema de salud de publica y los países en desarrollo como el caso específico del Perú, un problema de salud que afecta principalmente a niños menores de cinco años, y a los adultos mayores.

En el Perú en el año 2017, se notificaron 22403 episodios de neumonía en menores de 5 años en el país, (3 veces más episodios en relación al 2016). Además se reportaron 202 muertes por Neumonía en el 2016, en el mismo periodo, se notificó 23083 episodios en la región, la TIA fue de 81.11 episodios por 100 mil habitantes, notificándose 202 muertes por Neumonía durante el año 2018 en el Hospital Cayetano Heredia, reportándose un incremento de enfermedades respiratorias respecto al año 2017 tales como: Asma no especificada, bronquitis aguda y siendo las Neumonías viral o causada por otros microorganismos que aumentaron en su incidencia de 196 casos reportados en 2017 y a la fecha 222 casos. Los inhaladores constituyen en la actualidad uno de los medicamentos de elección para tratar las enfermedades pulmonares y su principal ventaja de uso es la producción de efectos farmacológicos directos en la vía respiratoria y menores efectos adversos sistémicos. Siendo el más recomendando por ser práctico y como broncodilatador, sus principales ventajas la liberación del medicamento en el sitio de acción, requiriendo menores dosis y favoreciendo un inicio de acción más rápido, se ha demostrado que son eficaces solamente si se usan correctamente.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓Pacientes con asma bronquial y broncoespasmo
- ✓Pacientes con broncoespasmos reversibles asociado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis y enfisema pulmonar).
- ✓Pacientes con Infecciones respiratorias.

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

RELATIVAS

✓Reacción de broncoespasmo a una reacción alérgica.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

✓Pacientes con arritmias Cardiacas.
✓Hipersensibilidad a medicamentos inhalatorios.
✓Pacientes que presentan dispepsias, náuseas y vómitos.
✓Pacientes con quemaduras o intervención quirúrgicas de la boca.
✓Pacientes con náuseas y vómitos.

VI REQUISITOS

Consentimento informado: No aplica

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

01 Depósito para desechos.
01 Riñonera o bandeja
01 Aerocamara de adulto

MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

01 Par de guantes de procedimentos.

MEDICAMENTOS

01 Inhalador de dosis medida prescrita

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, nombre del paciente y la prescripción médica.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
3. Prepare los materiales e insumos y llevar a la unidad.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
4. Verifique la identidad del paciente en el brazalete de identificación del paciente.	4. Asegurarse de la identificación de la persona reduce la posibilidad de errores.
5. Proteja la intimidad del paciente.	5. La privacidad le proporciona seguridad y al paciente.
6. Explique al él y /o familia sobre el procedimiento. Solicite la hoja de consentimiento informado si es necesario.	6. Una amplia explicación disminuye los temores y ansiedad al usuario permitiéndole mayor colaboración durante el procedimento.
7. Coloque al paciente en posición: Parado, sentado o en posición Fowler si esta acostado.	7. Para favorecer el procedimiento, el confort del paciente y facilitar la expansión pulmonar e intercambio gaseoso a nivel alveolar
8. Higienice sus manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.	8. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
9. Administre el medicamento teniendo en cuenta los 11 correctos: (Anexo 02) a. Administrar El Medicamento Correcto. b. Administrar El Medicamento Al Paciente Correcto c. Administrar La Dosis Correcta d. Administrar El Medicamento Por la Via Correcta e. Administrar El Medicamento Hora Correcta f. Registrar Todos Los Medicamentos Administrados g. Informar E Instruir Al Paciente Sobre Los Medicamentos Que Esta Recibiendo h. Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito. i. Investigar si el paciente padece alergias Y descartar Interacciones farmacológicas j. Antes de preparar Y administrar un medicamento realizar lavado de mano k. Debemos tener en cuenta: - Yo Preparo - Yo Administro - Yo Registro - Yo Respondo	9. Permiten al personal enfermero que va a administrar la medicación, seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error.
10. Cálcese los guantes de procedimento.	10. Es una medida de bioseguridad para el personal de salud y el paciente.

11. Sin Aerocamara (Anexo 03) a. Agite el inhalador. b. Destape el inhalador y coloque en posición invertida (en forma L). c. Solicite al paciente que realice una aspiración lenta y profunda y que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y cierre los labios. d. Solicite al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia atrás y que inspire lentamente por la boca a la vez que presione el inhalador (una sola vez). e. Retire el dosificador de la boca y mantener 10 segundos de apnea, luego indicar al paciente que espire lentamente.	11. Si lo usa de manera incorrecta, llega menos medicina a los pulmones y la mayor parte se queda en la parte posterior de la boca
12. Con Aerocamara (Anexo 03) a. Agite el inhalador. b. Acople el inhalador al orificio de la Aerocamara. c. Coloque la cámara inhaladora en la boca y nariz del paciente. d. Presione el dosificador y solicite al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara (5 o 6 inspiraciones). En niños de (5 a 10 respiraciones). e. Indique al paciente que realice otra inspiración profunda. f. Retire la cámara de la boca y mantener 10 segundos de apnea en adultos.	12. Ayuda a distribuir la medicina por las vías respiratorias inferiores, que es donde necesita ir para causar el efecto apropiado.
13. Espere 30 segundos si se debe administrar una nueva dosis del mismo u otro fármaco.	13. Permite que el aerosol alcance las ramas más profundas de las vías aéreas.
14. Realice el enjuague bucal e indique al paciente que se haga gargarismo luego de administrarse el inhalador	14. El enjuague de la boca despues de la administracion del inhalador evita efectos secundarias tales como la candidiasis en boca o garganta.
15. Observe reacción del paciente y procure mantenerlo cómodo.	15. Permite identificar a tiempo las complicaciones o reacciones secundarias de la medicación.
16. Lavar con agua y jabón, enjuagar y secar la boquilla diariamente. Y la carcasa del dispositivo una vez por semana.	16. Protege el equipo evitando su deterioro.
17. Retírese guantes y realice lavado de manos según norma.	17. Evita infecciones cruzadas
18. Registre en notas y Kardex de Enfermería.	18. Documenta el procedimiento de enfermería, permite la próxima intervención.

V°B°

V°B°

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
V°B°
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ADMINISTRACION DE VIA INHALATORIA.

COMPLICACIONES	ACCIONES
Epistaxis.	1. Suspenda inmediatamente el tratamiento. 2. Comunique al Medico tratante. 3. Realice hemostasia. 4. Ejerza presión digital 5. Realice taponamiento anterior. 6. Incline la cabeza ligeramente hacia atrás. 7. Mantenga la via aérea permeable. 8. Valore el estado hemodinamico del paciente.
Rinitis .	1. Valore el paciente 2. Suspenda el tratamiento. 3. Comunique al Médico tratante. 4. Administra la medicación indicada (anexo 02). 5. Oriente al paciente y/o familiar que ingiera abundante agua. 6. Valore el estado hemodinamico del paciente.
Reacción alérgica.	1 Suspenda inmediatamente el tratamiento. 2 Mantenga vía aérea libre 3 Comunica al Médico tratante. 4 Administra la medicación indicada 5 Monitorice signos vitales, 6 Valore el estado hemodinamico del paciente.

X BIBLIOGRAFIA

1. López Viña A. Efectos secundarios de los corticoides inhalados y medidas para minimizarlos.España. Sociedad Española de Neumologia y cirugia torácica SEPAR vol. 1. num 4 .2014; pág. 153-160. Disponible en: http://www.separcontenidos.es/revista/index.php/revista/article/view/43/76
2. García Falcón D, Lawrence Keishana K, Prendes Columbié M. Uso inadecuado de la vía inhalatoria en pacientes asmáticos que utilizan salbutamol. Rev. Peru. med. exp. salud publica. Vol. 30. Num 2. pag. 349-350. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200034&lng=es
3. Pablo Manríquez, María Acuña. Estúdio sobre la técnica inhalatoria em pacientes asmáticos: diferencias entre pacientes pediátricos y adultos. Chile. J Bras Pneumo. Vol.41,Num.5. 2015.Pag. 405-409. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/es_1806-3713-jbpneu-41-05-00405.pdf
4. Denise Charles V. Protocolo de administración de medicamentos. Chile. Clinica Mayor CHCC. 2015 Abril; pág. 2-36. Versión 1.2(1).

XI ANEXOS

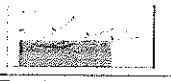
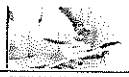
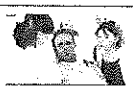
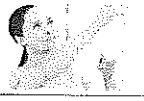
ANEXO 01

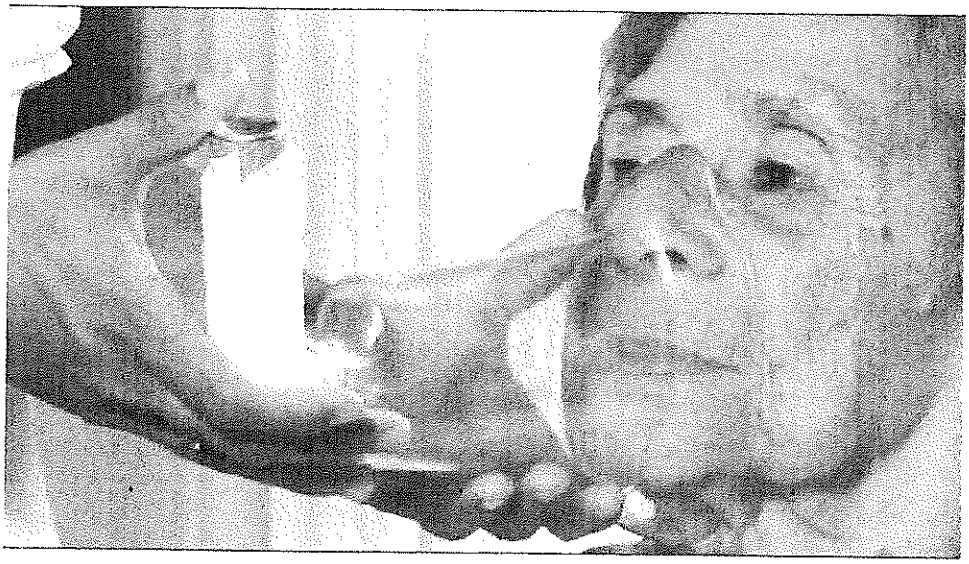
LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INHALATORIA			
FECHA: HORA DE INICIO : HORA DE TERMINO :			
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Revisa la historia clínica, nombre del paciente y la prescripción médica.			
2. Higieniza las manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
3. Prepara los materiales e insumos.			
4. Verifique que sea el brazalete de identificación correcta del paciente y explique al él y /o familia sobre el procedimiento.			
5. Coloca al paciente en posición: -Parado, sentado o en posición Fowler si esta acostado.			
6. Higieniza sus manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA.			
7. Administra el medicamento teniendo en cuenta los 11 correctos.			
8. Calza los guantes de procedimento.			
9. Sin Aerocamara según protocolo.			
10. Con Aerocamara según protocolo.			
11. Espera 30 segundos si se debe administrar una nueva dosis del mismo u otro fármaco.			
12. Observa reacción del paciente y procure mantenerlo cómodo.			
13. Retira guantes y realiza lavado de manos según norma.			
14. Registra en notas y Kardex de Enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO			

ANEXO 02

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

APLICACIÓN DE LOS 11 CORRECTOS

1	**ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO**	– Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo. – Comprovar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento. – Comprovar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento. – Si existe alguna duda, no administrar y consultar. – Se desechara cualquier especialidad farmacêutica que no este correctamente identificada.
2	**ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO**	– Comprobar la identificación del paciente.
3	**ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA**	– Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.
4	**ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO PORLA VIA CORRECTA** 	– Asegurar que la via de administración es la correcta. – Si la via de administración no aparece en la prescripción, consultar
5	**ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA**	– Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, câmbios de color, etc. – Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan um intervalo de dosificación estricto.
6	**REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS** 	– Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede.
7	**INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO**	
8	**COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO**	
9	**INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS**	
10	**ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO**	
I	**DEBEMOS TENER EN CUENTA** 	– Yo Preparo – Yo Administro – Yo Registro – Yo Respondo

Fuente: Guía de administración segura d medicamentos- Hospital universitario Reina Sofía Córdoba/unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería/ división de enfermería http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.pe/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html

ANEXO 03