



Resolución Directoral

Santa Anita, 31 de diciembre de 2022

Visto el Expediente N° 22MP-07081-00, conteniendo el Memorando N° 481-ENF/HHV-2022, mediante el cual la Jefa del Departamento de Enfermería eleva a la Dirección General las "Guías Técnicas de Procedimientos de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán" y solicita su aprobación;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, 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, con arreglos a los principios de equidad;

Que, mediante Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, el acceso a la información y consentimiento informado;

Que, el Hospital Hermilio Valdizán es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas en Salud de Lima Este, que brinda atención especializada en salud mental, categoría III-1 y tiene la misión de prestar servicios altamente especializados en salud mental y psiquiatría con calidad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinares; desarrollando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el individuo, la familia y la comunidad; contribuyendo a crear entornos de vidas saludables con énfasis en las poblaciones de alto riesgo y realizando actividades de enseñanza e investigación;

Que, conforme al segundo párrafo del artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud, deben contar con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, de acuerdo al artículo 34° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, el Departamento de Enfermería es la unidad orgánica encargada de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren la atención integral e individualizada del paciente de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, y tiene entre sus objetivos funcionales, proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, mediante documento de visto la Jefa del Departamento de Enfermería, solicita la aprobación de diez guías técnicas de procedimientos de enfermería;

Que, mediante Informe N° 060-UO-OEPE-HHV-2022 y Nota Informativa N° 075-OEPE-HHV-2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable a las guías técnicas propuestas, las cuales cumplen con la normativa contenida en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;



Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 331-OAJ-HHV-2022;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Enfermería, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, y de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar las "Guías Técnicas de Procedimientos de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán", que comprenden a diez (10) procedimientos de enfermería y que forman parte de la presente Resolución, los mismos que se detallan a continuación:

- 1) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Aspiración de secreciones.
- 2) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Curación de heridas primarias.
- 3) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Inserción de catéter vesical temporal; simple (P.EJ.FOLEY).
- 4) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica; subcutánea o intramuscular.
- 5) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica intravenosa.
- 6) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Lavado gástrico por sonda nasogástrica.
- 7) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos.
- 8) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Oxigenoterapia.
- 9) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Colocación de enema.
- 10) Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería: Psicoeducación paciente.

Artículo 2.- Disponer que el Departamento de Enfermería se encargue de la difusión, seguimiento y cumplimiento de las guías técnicas aprobadas por el artículo 1 de la presente Resolución.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

.....
Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P. N° 21429 / T.N.E. 12799

GLCV. OACH
DISTRIBUCIÓN
OEPE
DENF.
OAJ.
OEI
INTERESADOS.

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS
DE ENFERMERÍA
2022



DIRECTORIO DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

- **DIRECTORA GENERAL**

Dra. GLORIA LUZ CUEVA VERGARA

- **JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

LIC. ENFERMERÍA: NANCY LINA, VILLEGAS CATAMAYO

- **RESPONSABLE TÉCNICA:**

LIC. DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MG. SOLEDAD SERPA REYES



"GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA"

TABLA DE CONTENIDO

N°	GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	PÁGINA
1	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	1 - 6
2	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: CURACIÓN DE HERIDA PRIMARIA	1-6
3	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: INSERCIÓN DE CATÉTER VESICAL TEMPORAL; SIMPLE (P. EJ. FOLEY)	1-7
4	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA; SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR	1-8
5	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA INTRAVENOSA	1-5
6	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: LAVADO GÁSTRICO POR Sonda NASOGÁSTRICA	1-6
7	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: TRATAMIENTO POR INHALACIÓN CON O SIN PRESIÓN PARA TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS AÉREAS O PARA ESTIMULACIÓN DE ESPUTO CON FINES DIAGNÓSTICOS	1-6
8	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: OXIGENOTERAPIA	1-6
9	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: COLOCACIÓN DE ENEMA	1-6
10	GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: PSICOEDUCACIÓN AL PACIENTE	1-5



01 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: **ASPIRACIÓN DE SECRECIONES**

I FINALIDAD

Mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel naso traqueal y oro traqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial

II OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente. Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de **secreciones**.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Aspiración de Secreciones
- **Código:** 31720.01
- **Tiempo:** 47 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 Definiciones operativas:

- a) **Aspiración:** Es una técnica que se utiliza para retirar de la vía aérea las secreciones que el paciente no puede expulsar por sí mismo.
- b) **Secreciones:** Es una sustancia sintetizada y posteriormente liberada por las células de una glándula o de un órgano (ejemplos: páncreas, glándula sebácea, glándula tiroides).
- c) **Mucosidad:** Es el revestimiento interior húmedo de algunos órganos y cavidades del cuerpo (como la nariz, la boca, los pulmones y el estómago) Las glándulas de la membrana mucosa producen el moco (Líquido espeso y resbaloso).



- d) **Oro faringe:** Es el lugar por donde transitan los alimentos, líquidos y saliva al ser tragados, desde la boca hacia el esófago.
- e) **Traqueo Bronquial:** Árbol Traqueo Bronquial en un conducto musculo cartilaginoso de unos 13 cm de longitud en un adulto. Desciende de la faringe hasta el mediastino por delante del esófago, su cara posterior es plana y está constituido por musculo.
- f) **Vías Respiratorias:** Es el conjunto que participan en la respiración; incluye la nariz, la garganta, la tráquea, la laringe, los bronquios y los pulmones.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueo bronquial a nivel oro faríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

La aspiración de secreciones se realiza para eliminar las mucosidades que impidan la entrada de aire de la boca a los pulmones. Se realizará cuando haya secreciones (mucosidades) visibles y cuando se detectan sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera
- Técnica en Enfermería

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de Melanina de 3 Gavetas
- Silla Giratoria de Metal
- Silla Fija de Plástico (Para Paciente)
- Tacho de Plástico 60 L. APROX. (Para Basura)
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque Giratorio
- Aspirador de Secreciones Portátil



01 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

01 Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol x 1 LT.
- Agua destilada 1 LT.
- Guante estéril
- Jeringa descartable 20 ml con agua 21 g x 1 ½ in
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo (original + 3 copias) block 100 hojas.
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca de color negro
- Careta protectora de policarbonato
- Mascarilla descartable tipo N-95
- Mandilón descartable talla L
- Gasa fraccionada estéril 5 cm. x 5 cm. de 8 pliegues x 5 unidades
- Formato receta única estandarizada autocopiativo (original + 2 copias) block x 50 juegos
- Tinta para tampón x 30 ml. Aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico tamaño mediano color azul
- Grapa 23/10 x 1000 unidades
- Sonda de aspiración

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

▪ **Descripción detallada de las actividades del procedimiento**

N°01	Actividad: Orientación al paciente :
	El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar, con el fin de reducir al mínimo el estrés, el malestar, el aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.
N°02	Actividad: Preparación de material



	Personal de Enfermería preparará y revisará el material y equipo necesario.
N°03	Actividad: Proceso de aspiración de secreción El procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar. Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.
N°04	Actividad: Observación al paciente La observación permite identificar las necesidades del paciente y hacer un mejor monitoreo.
N°05	Actividad: Registro de paciente Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

- **Riesgo, complicación, contraindicaciones**
 - El grado de aspiración describe el grado en que los pacientes corren el riesgo de inhalar secreciones gastrointestinales u oro faríngeo, solido o líquido por sus vías traqueo bronquial.
 - La aspiración está contraindicada en el caso de broncoespasmo, edema laríngeo y problemas mecánicos (Obstrucción por cuerpos extraños)
 - Hay que realizar esta técnica con precaución en el caso de hemorragia pulmonar masiva, alteraciones de la coagulación, hemorragias nasofaríngeas, varices esofágicas, traqueotomía reciente, cirugía gástrica con anastomosis alta y cirugías de vías respiratorias superiores.



IX BIBLIOGRAFÍA

1. Revisión Crítica al profesional de Enfermería en la Aspiración de secreciones 24 de febrero del 2017
2. Precauciones y cuidados en la aspiración de secreciones a través de una traqueotomía tubo oro traqueal. Salusplay 21 febrero, 2020 | Santiago Martínez Isasi.
3. Enfermeros en emergencia y UCI LINKEDIN JN CARLOS MEDINA ARMENTEROS.
4. Herce, LERGE, C. MARTINEZ S, Aspiración endotraqueal respirador versus resucitador manual como método de hiperoxigenación e hiperinflación.
5. Organización Mundial de la Salud. Morbilidad y mortalidad por las infecciones intrahospitalarias por aspiración de secreciones en pacientes con intubación. Ginebra: OMS; 2015.
6. Organización Panamericana de la Salud. Falta de estandarización en los procedimientos en el manejo de la aspiración de secreciones en pacientes con intubación. Washington: OPS; 2015.
7. Ministerio de Salud del Per. Cuidados de enfermería en pacientes intubados con aspiración de secreciones. Lima: MINSA; 2015.
8. González A, Coscojuela M, Erro A. Evaluación de la competencia práctica y de los conocimientos científicos de enfermeras de UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones en la Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona: Universidad de Navarra España; 2010. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeriaintensiva-142-articulo-evaluacion-competencia-practica-los-conocimientosS11302399047815115>
9. Silvia M. Conocimiento y práctica que poseen las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos" sobre cuidados respiratorios en pacientes poli traumatizados con ventilación mecánica. Valencia: Universidad de Carabobo Venezuela; 2011. Disponible en: <http://produccion-uc.bc.uc.edu.ve/documentos/trabajos/10001E1D.pdf>



02 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: CURACIÓN DE HERIDA PRIMARIA

I FINALIDAD

Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte del organismo, superando la resistencia de los tejidos sobre los que incide, causando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, ya sea producida accidentalmente por traumatismos u otras agresiones a la piel, o por un acto quirúrgico. En definitiva, es una lesión caracterizada por una discontinuidad en el epitelio que lo reviste.

II OBJETIVO

- Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas.
- Identificar características de un tejido esfacelado, necrótico o infectado.
- Valorar la importancia de aplicar una técnica adecuada en el manejo del desbridamiento y de las heridas infectadas.
- Conocer y aplicar las técnicas actuales existentes para desbridar y tratar las heridas infectadas.
- Evaluar las técnicas aplicadas al desbridar y tratar las heridas infectadas.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Curación de Herida Primaria
- **Código:** 15854
- **Tiempo:** 25 Minutos



V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- a) **Queratinocitos:** Son las células que producen queratina y además producen citosinas que son moléculas solubles con funciones de regulación de las células epiteliales y células dérmicas.

- b) **Dehiscencia:** Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.

- c) **Osteomielitis:** Infección del hueso causada por bacterias u hongos, por lo general, afecta los huesos largos de brazos o piernas en niños y la columna, pies o caderas en adultos. Los síntomas comunes incluyen fiebre, hinchazón, dolor y enrojecimiento alrededor del área infectada.

- d) **Queratina:** Proteína rica en azufre que constituye la parte fundamental de las capas más externas de la epidermis y de los tejidos como las uñas, el pelo, las plumas, las pezuñas o los cuernos.

- e) **Necrosis:** Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo.

- f) **Tisular:** Es un término que se utiliza como un adjetivo, sirve para referirse a todo lo relacionado a los tejidos de un determinado organismo.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Conocida también como curación por primera intención o cierre primario de heridas, este tipo de curación se emplea generalmente cuando ha habido muy poca pérdida de tejido y los vasos sanguíneos y queratinocitos necesitan migrar solo una pequeña distancia.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

- a) **Recursos humanos**
 - Enfermera
 - Técnica /o en Enfermería



**02 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
CURACIÓN DE HERIDA PRIMARIA**

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de Melanina de 3 Gavetas
- Silla Giratoria de Metal
- Silla Fija de Plástico (Para Paciente)
- Tacho de Plástico 60 L. APROX. (Para Basura)
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque
- Coche Metálico para Curaciones

c) Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol x 1LT
- Guante Estéril
- Paquete de gasa tipo estampilla / Paquete de gasa tamaño mediano
- Papel Toalla de Hojas Separadas x 200 Hojas
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca Punta Fina Color Azul
- Bolígrafo (lapicero) de Tinta Seca Punta Fina Color Negro
- Careta Protectora de Policarbonato
- Mascarilla Descartable Tipo N-95
- Mandilón Descartable Talla L
- Esparadrapo Hipo alergénico de Plástico 2.5 cm x 10 m APROX. (200 USOS)
- Formato Receta Única Estandarizada Autocopiativo (Original + 2 Copias) Block x 50 Juegos
- Formato Hoja de Referencia SIS Autocopiativo (Original + 3 COPIAS) Block x 100
- Grapa 3/10 x 1000
- Tinta para Tampón x 30 ml. aprox. Color Azul
- Tampón con Cubierta de Plástico
- Peróxido de Hidrogeno 10 V1 LT
- Algodón Hidrófilo. x 50G.



VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01	Actividad : Orientación al paciente
	El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar
N°02	Actividad: Preparación del material
	El personal de Enfermería preparará y revisará el material y el equipo necesario.
N°03	Actividad: Proceso de curación de heridas
	Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización
N°04	Actividad: Observación al paciente
	La observación permite identificar las necesidades del paciente y hacer un mejor monitoreo.
N°05	Actividad: Registro de paciente
	Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES:

Es importante cuidar correctamente una herida y/o cicatriz ya que de no tomar las medidas de cuidado adecuadas, puede provocar que surja una infección, lo cual, puede convertirse en un importante problema de salud:

- Lavarse las manos antes y después de cambiar el vendaje.
- Mantener la herida siempre limpia.
- Colocar el vendaje como lo haya recomendado el médico.
- Mantener el vendaje limpio y seco.
- Si la herida comienza a sangrar, limpiarla bien.
- Procurar no colocar cinta adhesiva directamente en la piel.
- Evitar restregarse o rascarse



IX BIBLIOGRAFÍA

1. DAVIS M.; DUNKLEY P.; HARDEN R.M.; HARDING K; LAIDLAW J.M.; Morris A.M.; WOOD RAEI Programa de las Heridas: Una Nueva era en la Curación
2. Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pag 131.
3. Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pag 131. Pág. 132.
4. Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pag 131. Pág. 133.
5. Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995. Pag 131. Págs. 134-135.
6. "Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión" Arnedillo 1998 Edita: Servicio Cántabro de Salud. 1ª Edición: enero 2011. Producido: Servicio Cántabro de Salud.
7. Depósito Legal: SA-54-2011. I.S.B.N.: 978-84-692-2677



03 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: **INSERCIÓN DE CATÉTER VESICAL TEMPORAL; SIMPLE (P. EJ. FOLEY)**

I FINALIDAD

La presente Guía Técnica tiene como finalidad de poder aplicar un tratamiento poco agresivo y de corta duración, con las menores consecuencias iatrogénicas para el paciente, tanto a nivel intrahospitalario como hemodinámico (terminología del C D C de EE.UU).

II OBJETIVO

- Realizar el procedimiento de paso de sonda vesical por el profesional de enfermería según lo establecido en el protocolo.
- En pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Inserción de catéter vesical temporal; simple (p. ej. Foley)
- **Código:** 51702
- **Tiempo:** 29 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Catéter:** Es un dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Se introduce un tubo delgado y flexible en una vena, por lo general debajo de la clavícula.
- Meato Uretral:** es la abertura a través de la cual los vertebrados pasan la orina y el semen. En los machos, el meato uretral se encuentra en la punta del pene, mientras que en las hembras el meato uretral se encuentra en los pliegues de los labios.



- c) **Sonda Foley:** Se le conoce también como catéter urinario, es un tubo que permite la salida de orina desde la vejiga hacia una bolsa de drenaje. La sonda Foley es un tipo de catéter flexible empleado para drenar la orina desde la vejiga al exterior.
- d) **Trastornos Hemorrágicos:** Son un grupo de afecciones en las cuales hay un problema con el proceso de coagulación sanguínea del cuerpo. Estos trastornos pueden llevar a que se presente sangrado intenso y prolongado después de una lesión, el sangrado también puede iniciarse de manera espontánea.
- e) **Lesión Uretral:** Se clasifican en contusiones, roturas parciales o completas y pueden afectar la uretra posterior (membranosa y prostática) o la uretra anterior (bulbosa y peneana). Las lesiones uretrales posteriores se deben exclusivamente a fracturas pelvianas.
- f) **Nélaton:** (de cloruro de polivinilo) es la llamada sonda universal, es la más simple. Se utiliza para sondajes únicos o intermitentes, para extraer orina en caso de retención urinaria, realizar lavados vesicales en caso de infección, vejigas paralíticas, con fines diagnóstico, tomar muestras estériles y pacientes sin control de esfínter vesical.
- g) **Esfínter Vesical:** Es una banda circular situada en la salida de la vejiga urinaria. Es un músculo voluntario que normalmente esta contraído para impedir pérdidas de orina a través de la uretra, y que se relaja para permitir la micción.
- h) **Estenosis:** Es una contracción permanentemente de un canal o de un vaso sanguíneo, lo que impide el paso normal de las sustancias que transitan fisiológicamente por ellos. Esta condición define una enfermedad que puede ser congénita o adquirida.
- i) **Fístula:** Es una cavidad anormal o túnel que se forma entre el canal anal y la piel cercana al ano.



03 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
INSERCIÓN DE CATÉTER VESICAL TEMPORAL; SIMPLE (P. EJ. FOLEY)

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es la introducción de una sonda o catéter a la vejiga a través del canal uretral utilizando técnicas asépticas.

Es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera/o Especialista
- Técnico(a) en Enfermería I

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Biombo de Metal de 3 Cuerpos
- Cama de Metal Hospitalaria de 1 Plaza
- Chata acero inoxidable (para adulto)
- Coche Metálico para Curaciones
- Tacho de Plástico 60 L. Aprox. (Para basura)
- Escritorio de Melamina
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque Giratorio
- Silla fija de Metal

c) Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol x 1 LT.
- Agua destilada x 1 LT.
- Guante estéril / Guante de procedimiento
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color negro
- Careta protectora de policarbonato



- Mascarilla descartable tipo N-95
- Mandilón descartable talla L
- Esparadrapo hipo alergénico de plástico 2.5 cm. x 10 m. aprox. (200 usos)
- Formato receta única estandarizada autocopiativo (original + 2 copias) block x 50 juegos
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo (original + 3 copias) block x 100
- Grapa 23/10 x 1000
- Tinta para tampón x 30 ml aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico
- Sonda vesical tipo nélaton nº 14
- Jeringa descartable 10 ml con aguja guja 21 g x 1 1/2 in
- Gasa fraccionada estéril 5 cm x 5cm de 8 pliegues x 5 unidades



VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Descripción detallada de las actividades del procedimiento:

N°01	Actividad : Orientación al paciente
	Orientar al paciente sobre el procedimiento antes de realizarlo, eso permitirá ganar su confianza y calmarlo al mismo tiempo.
N°02	Actividad: Preparación (Lavado de Genitales)
	Se realiza un lavado perineal
N°03	Actividad: Colocación de Sonda Foley
	En la mujer: separe los labios mayores y menores con la mano no dominante (esta mano ya no es estéril) hasta visualizar el meato urinario, e introduzca suavemente 5 a 7 cm hasta que fluya orina, luego introduzca dos centímetros más y recolecte la orina. En el varón Colocar el pene perpendicularmente al tronco, tirando suavemente hacia arriba. Deslizar la sonda con movimientos fluidos por la uretra hasta que aparezca flujo de orina. Luego llenar el balón y deslizar el prepucio. Conectar la sonda con el colector y asegurarse de que la orina sigue fluyendo.
N°04	Actividad: Observación al paciente
	Permite identificar las necesidades del paciente y hacer un mejor monitoreo.
N°05	Actividad: Registro de paciente
	Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

7.1 Riesgo, complicación, contraindicaciones (En caso aplique)

Las posibles complicaciones pueden ser:

- Alergia o sensibilidad al látex.
- Piedras en la vejiga.
- Infección en la sangre en vías urinarias (septicemia)



- Sangre en la orina (hematuria)
- Daños en los riñones (normalmente solo con los el uso de catéteres permanentes a largo plazo)
- Lesión Uretral

Las contraindicaciones:

- Las contraindicaciones Incluyen trastornos hemorrágicos, cirugía o irradiación previa del abdomen bajo obesidad mórbida.
- Prostatitis aguda, lesiones uretrales (Estenosis, fistulas)

VIII ANEXO Formato de recojo de materiales

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
JEFAIURA
-- o0o --

Original: Contabilidad
Copia: C. Esterilizac.

MATERIALES EMPLEADOS

PACIENTES NOMBRES Y APELLIDOS	N° H.C.	PAB		
		M	T	N

FECHA: _____

.....
FIRMA DE ENFERMERA



IX BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-sumario-vol-22-num-05-13002758>
2. Protocolo de Prevención de Infección relacionado con Catéter Venoso Central (inserción central y periférica), Catéter Arterial y de Swanz - Ganz. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 3ra ed. 2010. [Citado 20 sep 2014]. [aprox. Pantalla]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/4ab2244ec2dc03b22ceb17f6788a09fb.pdf>
3. Tellez R. Sarduy C. Rodríguez J. Rodríguez R. Infecciones intrahospitalarias en los servicios clínicos. AMC [Internet]. 2008 Abr [citado 2018 Sep. 15]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000200011&lnges
4. Maguiña Vargas C. Infecciones nosocomiales. Acta méd. Perú [Internet]. 2016 Jul [citado 2019 Feb 12]; 33(3): 175-177. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172016000300001&lng=es
5. Quispe Z. Indicadores epidemiológicos de referencia de infecciones intrahospitalarias - infecciones asociadas a la atención de la salud, Perú 2016.; SE 13 – 2017; 26 (13): 401 – 404.
6. Ponce-de-Leon S. The needs of developing countries and the resources required. J Hosp Infect. 1991; 18(Suppl A):376-81.
7. Ministerio de Salud. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Lima Perú 2015.
8. Center for Disease Control and Prevention. Healthcare associated infections. HAI data and statistics. https://www.cdc.gov/hai/surveillance/European_Centre_for_Disease_Prevention_and_Control_Healthcare-associated_infections. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcareassociated_infections/Pages/index.aspx#sthash.xAuHtcas.dpuf.





04 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA:
SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR

I FINALIDAD

Las **inyecciones intramusculares** son un método de administración de medicamentos en los planos profundos de los tejidos musculares. Esta vía de administración, proporciona una acción rápida y absorción sistémica, en dosis relativamente grandes de hasta 5 ml en los sitios apropiados.

Una **inyección subcutánea** (SC o subQ) significa que se aplica en el tejido adiposo, justo bajo la piel. Una **inyección subcutánea** es la mejor manera de administrarse ciertos medicamentos, como: Insulina. Anticoagulantes.

II OBJETIVO

- Disponer de un documento técnico normativo de los procedimientos que se realizan en el Departamento de Enfermería.
- Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intramuscular o subcutánea en dosis y horarios indicados, con la seguridad y la asepsia adecuada.
-

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica; subcutánea o intramuscular
- **Código:** 90782
- **Tiempo:** 13 Minutos

CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- a) **Hipoglucemia:** es una afección en la que el nivel de azúcar en sangre (glucosa) es más bajo que lo normal. La glucosa es la principal fuente de energía para el cuerpo.



- b) **Absceso:** es una cavidad donde se acumula pus .Se puede tener absceso en casi cualquier parte del cuerpo. Cuando una aérea se infecta, el sistema inmunitario intenta combatir la infección.
- c) **Hematoma:** Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro liquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.
- d) **Coagulación:** es el proceso por el cual la sangre pierde su liquidez convirtiéndose en un gel, para formar un coagulo. Este proceso potencialmente desemboca en la hemostasis, es decir, es el cese de la pérdida de sangre desde un vaso dañado, seguida por su reparación.
- e) **Trombo lítico:** es fármaco que disuelve los coágulos como la estreptoquinasa o los uros quinasa. Son enzimas que rompen la fibrina, uno de los materiales que forman el coagulo y por esta razón también reciben el nombre de fibrinolítico.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es una forma de administración rápida en la que el medicamento es inyectado directamente dentro de un musculo. Es utilizada con él, fin de que la sustancia administrada sea absorbida de forma eficaz.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera
- Técnico en Enfermería

b) Equipo, Mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de Melanina de 3 gavetas
- Silla Giratoria de Metal
- Silla Fija de Plástico (Para Paciente)
- Tacho de Plástico 60 L. Aprox. (Para basura)
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque Giratorio
- Coche Metálico Para Curaciones



04 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA: SUBCUTÁNEA O INDRAMUSCULAR

c) Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol X 1LT.
- Guante Estéril
- Esparadrapo Hipo alérgico de Plástico 2.5 cm X 10 m APROX (200 USOS)
- Formato Hoja de Referencia SIS Autocopiativo (Original + 3 Copias) Block 100
- Papel Toalla de Hojas Separadas X 200 Hojas
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca Punta Fina Color Azul
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca de Color Negro
- Careta Protectora de Policarbonato
- Mascarilla Descartable Tipo N-95
- Mandilón Descartable Talla L
- Formato Receta Única Estandarizada Autocopiativo (Original + 2 Copias) Block X 50
- Tinta para Tampón X 30 ml. Aprox. color azul
- Tampón con Cubierta de Plástico Tamaño Mediano color azul
- Grapa 23/10 X 1000
- Agua P/Inyección X 5ML
- Algodón Hidrófilo. X 50G.
- Gasa ASA Fraccionada Estéril 5 CM X 5CM DE 8 Pliegues X 5 Unidades
- Dextrosa 333 mg/ml(33 %) INY 20 ml
- Jeringa 10ML C/AGUJA 21G X1 ½
- Jeringa de insulina

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01	Actividad : Orientación al paciente
	Orientar al paciente sobre el procedimiento antes de realizarlo, eso permitirá ganar su confianza y calmarlo al mismo tiempo.
N°02	Actividad: Preparación
	El personal de enfermería prepara y revisa material y equipo necesario.
N°03	Actividad: Administración



Es la que se administra en la capa de tejido graso que se encuentra inmediatamente debajo de la piel. En esta zona hay poco flujo de sangre, por lo que el medicamento inyectado se absorbe en forma lenta.

N°04 Actividad : Observación al paciente

Cuidados inmediatos; observación en la sala de espera para detectar posibles reacciones adversas inmediatas.

Manejo de los efectos adversos leves y graves; fármaco vigilancia.

N°05 Actividad: Registro de paciente

Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

- Lávese bien las manos con agua y jabón.
- Asegúrese de que tiene la cantidad correcta del medicamento adecuado en la jeringa.
- Con cuidado, encuentre el lugar en el que aplicara la inyección.
- Limpie la piel en ese punto con un algodón con alcohol.
- Administre la medicación lentamente.
- Esperar unos 10 segundos antes de quitar la aguja para evitar que se desperdicie medicación.
- Estar atentos ante cualquier molestia que pudiera presentar el paciente en la zona de punción.
- Si la zona de administración elegida es la zona dorso glútea, localizar el lugar de punción en el cuadrante supero-externo para de esta manera evitar lesionar el nervio ciático.
- La zona deltoides admite hasta 2 ml de volumen, el dorso glúteo hasta 7 ml y la ventroglútea hasta 5 ml.

7.1 Riesgo, complicación, contraindicaciones (En caso aplique)

- Las Inyecciones Intramusculares pueden estar contraindicado en pacientes con alteración del mecanismo de la coagulación, enfermedad vascular periférica oclusiva, edema, shock, después del tratamiento trombo lítico, y durante un infarto agudo de miocardio por que la absorción periférica está alterara.



04 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA; SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR

- Las Inyecciones Intramusculares, no debe Administrarse en zonas inflamadas, con edema, irritada, en sitios donde haya lunares, marcas de nacimiento, cicatrices u otras lesiones.
- El sitio de la inyección intramuscular debe ser seleccionado cuidadosamente, teniendo en cuenta el estado físico general del paciente y los efectos de la inyección.
- Las complicaciones asociadas con la inyección intramuscular son contracturas, parálisis, lesión del nervio periférico, irritación local, dolor, infección, neuropatía, hematomas, sangrado, nódulos persistentes, las punciones arteriales, daño permanente en el nervio ciático con resultado de parálisis, la fibrosis, absceso, necrosis de tejidos, gangrena y la contracción muscular
- Los riesgos comúnmente asociados con la inyección intramuscular son la hipoglucemia inexplicable y variabilidad glucémica.



VIII ANEXO:

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
JEFATURA
--- o0o ---

Original: Contabilidad
Copia: Esterilizac

MATERIALES EMPLEADOS

PACIENTES NOMBRES Y APELLIDOS	N° H.C.	PAB		
		M	T	N

FECHA: _____

.....
FIRMA DE ENFERMERA



IX BIBLIOGRAFÍA:

1. ing.com/search?q=complicaciones+de+la+inyeccion+intramuscular&PC=U316&FORM=CHROM
2. Introducción a la práctica de enfermería. (2011-2012). Universidad de Valencia. Facultad de Enfermería y Podología
3. Bridget, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? *Nursing Time* 2008, 104: 50/51, 48-51
4. Cook, I.F., Murtagh, J: Optimal technique for intramuscular injection of infants and toddlers: a randomised trial. *Medical Journal of Australia* 2005; 183: 2, 60-63
5. Department of Health.: Immunization against infectious disease - 'The Green Book'. London: DH.2006
6. Greenway, K: Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nursing Standard* ;(2004) 18: 25, 39-42
7. Health Facilities and Emergency Medical Services Division: Medication Administration. Colorado Department of Public Health and Environment. Revised January 2010.
8. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: Guía para la administración segura de medicamentos. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia e investigación. 2001
9. Hunter, J.: Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard*. (2008) 22: 24, 35 -40.
10. Hutin Y, Jauri A, Chiarello L, Catlin M, Stilwell B, Ghebrehiwet T, Garner J, members of the injection safety best practices development group. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. *Bulletin of the World Health Organization*.2003; 81(7):491-500. [Online 2003] [Cited 2009 Mar]. Available from URL: www.who.int/bulletin/en/
11. Jane Carstens.: Injection (Intramuscular): Clinician Information. JBI Database of Evidence Summaries 2010
12. Joanna Briggs Institute.: Injection: Intramuscular JBI Database of Recommended Practice. 2009.
13. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice (8th ed.) Capítulo 35. 2007



14. Pratt RJ, Hoffman PN, Robb FF. The need for skin preparation prior to injection: point - counterpoint. *Br J Infect Control*. 2005 Aug; 6(4):18-20.
15. Prettyman J. Subcutaneous or intramuscular? Confronting a parenteral administration dilemma. *Medsurg Nurs*. 2005;14(2): 93-98.
16. Syah Afrainin Nu. Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions. *JBI Database of Evidence Summaries*. 2009
17. Wynaden, D. et al.: Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*; (2006) 15: 3, 195 -200.
18. Yifan Xue.: Skin Disinfection Prior to Injection. *JBI Database of Evidence Summaries*. 2009
19. Zaybak, A. et a.: Does obesity prevent the needle from reaching muscle in intramuscular injections? *Journal of Advanced Nursing*; (2007) 58: 6, 552 –556.
20. Zimmerman P. Revisiting IM injections. *ANJ*. 2010: 110(2); 60-6.



05 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O
TERAPÉUTICA INTRAVENOSA

I FINALIDAD

Intravenoso significa "dentro de una vena" y con frecuencia hace referencia a la administración de medicamentos o líquidos a través de una aguja o sonda insertada dentro de una vena. Esto permite el acceso inmediato del medicamento o líquido al torrente sanguíneo.

II OBJETIVO

Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intravenosa con fines terapéuticos y diagnósticos.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa
- **Código:** 90784
- **Tiempo:** 13 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

Recepción de constantes de sustancias nutritivas y oxígeno en las células de los tejidos a través de la circulación.

5.2. DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

- La inyección intravenosa es la introducción de una sustancia en las venas mediante una aguja. Esto puede ser necesario por motivos médicos.
- Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intravenosa y evaluación de la respuesta del paciente. Se utiliza cuando se necesita una acción rápida.



5.3. REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera
- Técnico/a Enfermería
-

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de Melanina
- Silla Fija de Metal
- Tacho de Plástico 60 L. APROX. (Para Basura)
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque Giratorio
- Biombo de Metal de 3 Cuerpos
- Cama de Metal Hospitalaria de 1 Plaza
- Chata de acero inoxidable (para adulto)
- Coche Metálico para Curaciones
-

c) Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol x 1lt.
- Guante estéril
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo block 100
- Esparadrapo hipo alergénico de plástico 2.5 cm x 10 m aprox. (200 usos)
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca de color negro
- Careta protectora de policarbonato
- Mascarilla descartable tipo n-95
- Mandilón descartable talla L
- Formato receta única estandarizada + 2 copias block x 50 juegos
- Tinta para tampón x 30 ml aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico tamaño mediano color azul
- Grapa 23/10 x 1000
- Algodón hidrófilo. x 50g.



05 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA INTRAVENOSA

- Gasa fraccionada estéril 5 cm x 5 cm de 8 pliegues x 5 unidades
- Equipo de venoclisis
- Llave de triple vida con extensión x 50 cm
- Solución indicada (Dextrosa 5% ó Cloruro de Sodio)

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- **Descripción detallada de las actividades del procedimiento**

N°01	Actividad: Orientación al paciente:
	Hablar con el paciente sobre el procedimiento antes de realizarlo, eso permitirá ganar su confianza y calmarlo al mismo tiempo.
N°02	Actividad: Preparación
	El personal de enfermería prepara y revisa material y equipo necesario.
N°03	Actividad: Administración
	Se administra en el brazo vena basilica o cefálica, manos superficiales del dorso y cara lateral, el pie vena pedía y en el cuello vena yugular.
N°04	Actividad: Observación Posterior
	Cuidados inmediatos; observación en la sala de espera para detectar posibles reacciones adversas inmediatas. Manejo de los efectos adversos leves y graves; farmacovigilancia
N°05	Actividad: Registro de Paciente
	Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

- **Riesgo:** Los riesgos típicos incluyen los relacionados con los medicamentos que se usaron en la inyección, como una posible reacción alérgica a un medicamento. Dolor y/o moretones en el lugar de la inyección, tejidos más profundos, o en la articulación.
- **Complicaciones:** Flebitis, hematoma, infección, inyección extravascular del medicamento.



IX BIBLIOGRAFÍA:

1. Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía intravenosa. [monografía en Internet] [actualizado 3/01/2005; citado 24 octubre de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/vialV.pdf>
2. Sáenz Campos D. Principios de farmacología general y administración de fármacos. 1st ed. Murillo R M, editor. Costa Rica: Universidad de Costa Rica Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Apdo. 75-2060 San José, Costa Rica, 1993; 1993.
3. Michelle L. A proactive approach to combating venous depletion in the hospital setting. J Infus Nurs. 2007; 30(1).
4. Gallieni M, Pittiruti M, Biffi R. Vascular access in oncology patients. CA Cancer J Clin. 2008; 6(58). 4. Nassaji-Zavareh, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk. Singapore Med J. 2007; 8(48).
5. Royal College of Nursing IV. Therapy Forum. Standards for Infusion Therapy. 2005.
6. Pronovost P. Proyecto piloto metacéntrico estrategia multifactorial 'Flebitis Zero'. 2015.
7. López Moreno P. Guía rápida y poster sobre cuidados de Enfermería en dispositivos venosos de inserción periférica. 2016. España.





06 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: **LAVADO GÁSTRICO POR SONDA NASOGÁSTRICA**

I FINALIDAD

La **sonda nasogástrica (Sonda NG)** es una **sonda** especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.

II OBJETIVO

- Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- Lavado Gástrico.
- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicamentos.
- Prevención de bronco aspiración en pacientes con disminución de conciencia.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Lavado Gástrico por Sonda Nasogástrica
- **Código:** 91105
- **Tiempo:** 47 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Sonda Nasogástrica:** es una sonda que introducimos en el estómago a través de la nariz. Esta sonda consiste en un tubo flexible, que tiene uno de dos conductos conectados a un dispositivo externo.
- Lavado Gástrico:** es una técnica de descontaminación gastrointestinal, conocida desde principio del siglo XIX, que no se debe de emplear de forma rutinaria, sino que solo está indicado en las intoxicaciones agudas graves, con peligro potencial para el paciente.



- c) **Distensión Gástrica:** es el agrandamiento del estómago y puede deberse a varias causas. La distensión Gástrica fisiológica (normal) ocurre al comer. La distensión de la parte superior del estómago estimula la secreción del ácido estomacal, mientras que la distensión de la parte inferior del estómago estimula la secreción de gastrina.
- d) **Varices Esofágicas:** Son venas dilatadas en la parte inferior del esófago, a menudo se deben a la obstrucción del flujo sanguíneo a través de la vena porta, que transporta la sangre desde el intestino y el bazo hasta el hígado.
- e) **Sustancias Corrosivas:** Son las que degradan determinados materiales como la piedra y el metal, ya que actúan químicamente sobre dichos, materiales, sin embargo, es necesario manipularlos con suma precaución debido a que pueden causar severos daños en el tejido humano.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es una técnica de enfermería que consiste en introducir una sonda por la nariz hasta el estómago, con diversos objetivos como puede ser alimentar al paciente cuando no puede por vía oral, administrar medicamentos, efectuar un lavado gástrico con fines terapéuticos, aliviar y/o prevenir distensión gástrica.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera
- Técnico/a Enfermería

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de Melanina
- Silla Fija de Metal
- Tacho de Plástico 60 L. Aprox. (Para basura)
- Engrapador de Metal Tipo Alicata con Yunque Giratorio
- Biombo de Metal de 3 Cuerpos
- Cama de Metal Hospitalaria de 1 Plaza
- Coche Metálico para Curaciones
- Cubeta de acero inoxidable



06 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
LAVADO GÁSTRICO POR Sonda NASOGÁSTRICA

c) Insumos, material médico (Fungible- No Fungible)

- Alcohol X 1LT.
- Guante Estéril
- Formato Hoja de Referencia SIS Autocopiativo Block 100
- Papel Toalla de Hojas Separadas X 200 Hojas
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca Punta Fina Color Azul
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca de Color Negro
- Careta Protectora de Policarbonato
- Mascarilla Descartable Tipo N-95
- Mandilón Descartable Talla L
- Formato Receta Única Estandarizada + 2 Copias Block X 50 Juegos
- Tinta para Tampón X 30 ml aprox. color Azul
- Tampón con Cubierta de Plástico Tamaño Mediano Color Azul
- Grapa 23/10 X 1000
- Algodón Hidrófilo. X 50G.
- Gasa Fraccionada Estéril 5 cm. X 5 cm., de 8 Pliegues X 5 Unidades
- Sonda Nasogástrica N°14
- Vaso Descartable
- 250 cc de agua

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01	Actividad : Orientación al Paciente
	Orientar al paciente sobre el procedimiento antes de realizarlo, eso permitirá ganar su confianza y calmarlo al mismo tiempo.
N°02	Actividad: Preparación del Material
	El personal de enfermería preparará y revisará material y equipo necesario
N°03	Actividad: Proceso de Lavado Gástrico por Sonda Nasogástrica



La sonda nasogástrica (Sonda NG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.

N°04 Actividad : Observación al Paciente

Revisar la parte posterior de la **garganta**, si se aplicó un anestésico en la garganta del paciente, se le debe pedir que abra la boca y así observar el otro extremo de la sonda.

N°05 Actividad: Registro de Paciente

Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

7.1 Riesgo, complicación, contraindicaciones (En caso aplique)

- El lavado gástrico es una técnica segura y muy utilizada hoy en día, pero no está exenta de riesgo, por eso en la actualidad su uso se ha limitado a los casos en los que es necesario realizarlo.
- El lavado Gástrico está contraindicado en casos como: Persona inconsciente sin intubación, ingestión de sustancias corrosivas, presencia de varices esofágicas y volumen exagerado de vómitos con sangre.



06 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
LAVADO GÁSTRICO POR SONDA NASOGÁSTRICA

VIII ANEXO:


 HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 JEFA TURA
 -- ooo --

Original: Contabilidad
 Copia: C. Fisiología

MATERIALES EMPLEADOS

PACIENTES NOMBRES Y APELLIDOS	N° H.C.	PAB		
		M	T	N

FECHA: _____

.....
 FIRMA DE ENFERMERA



IX BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos de procedimiento hospital Sergio Bernales 2016 Enríquez, y. Y vallejos, s, m. (2016). Prácticas eficaces en los cuidados de enfermería de la sonda nasogástrica, para la prevención de complicaciones post sondaje en el servicio de emergencia
2. Girona, mayo de 2012
3. Marambio correa, helbia et al. M principales procedimientos básicos de enfermería / helbia marambio correa. -- Santiago: ril editores, 2015. 246 p; 28 cm. Isbn: 978-956-284-975-3 1 enfermería-manuales.
4. Tutorial enfermería de urgencias. Tomo i fecha de publicación febrero, 2010-
<http://fundacion.grupopublicep.com>.
5. Tutorial enfermería de urgencias



07 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
TRATAMIENTO POR INHALACIÓN CON O SIN PRESIÓN PARA
TRATAMIENTO POR OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS ÁREAS O PARA
ESTIMULACIÓN DE ESPUTO CON FINES
DIAGNÓSTICOS

I FINALIDAD

El nebulizador es un dispositivo médico que transforma medicamentos líquidos en partículas finas de vapor que son inhaladas por pacientes con enfermedades respiratorias como EPOC, asma, bronquitis u otro padecimiento. El medicamento se administra rápida y directamente en los pulmones del paciente a través de una mascarilla facial

II OBJETIVO

Indicado para administrar soluciones o suspensiones de fármacos, en forma líquida, vía inhalatoria a través de una **mascarilla** o de una boquilla.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- Nombre: Tratamiento por inhalación con o sin presión para tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos (Ejemplo: con generador de aerosol, nebulizador, inhalador dosificado, o dispositivo de presión intermitente positiva)
- Código: 94640
- Tiempo: 37 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Nebulizar:** significa transformar un líquido en finas partículas formando un vapor o nubecilla, de esta manera es posible llevar medicamento a las vías respiratorias, en dosis exactas y directo a los pulmones. Su objetivo es ayudar a los pacientes con la menor cantidad de medicamento posible y con menos efectos secundarios.



Cualquier persona puede recurrir a los tratamientos nebulizados ante las distintas enfermedades respiratorias, es importante saber cuándo se puede nebulizar y aún más importante, consultar a un médico para conocer los medicamentos y dosis necesarias.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es un dispositivo utilizado para suministrar un medicamento en forma de polvo o líquido al organismo a través de los pulmones.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos humanos

- Enfermera
- Técnico/a en Enfermería

b) Equipo, mobiliario e instrumental

- Escritorio de melanina de 3 gavetas
- Silla giratoria de metal
- Silla fija de metal (para paciente)
- Tacho de plástico 60 LT. Aproximadamente (para basura)
- Engrapador de metal tipo alicate con yunque giratorio
- Manómetro para oxígeno con flujo metro

c) Insumos, material médico

- Alcohol x 1 LT.
- Guante estéril
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo block 100
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca de color negro
- Careta protectora de policarbonato
- Mascarilla descartable tipo n-95
- Mandilón descartable talla I
- Formato receta única estandarizada + 2 copias block x 50 juegos
- Tinta para tampón x 30 ml aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico tamaño mediano color azul
- Grapa 23/10 x 1000
- Oxígeno gas medicinal x 10 m3



07 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:
TRATAMIENTO POR INHALACIÓN CON O SIN PRESIÓN PARA TRATAMIENTO POR OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS ÁREAS O PARA ESTIMULACIÓN DE ESPUTO CON FINES DIAGNÓSTICOS

- Grapa 23/10 x 1000
- Jeringa descartable 20 ml con aguja 21 g x 1 1/2 in
- Mascara de oxígeno tipo Venturi para adulto-unidad
- Salbutamol 100ug x 200 dosis

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01 Actividad : Orientación al Paciente	
	Orientación al paciente sobre el tratamiento que se le realizara
N°02 Actividad: Preparación de Materiales	
	<ul style="list-style-type: none">- Filtros de aire- Boquilla- Tubo de aire- Juego de kit nebulizador- Bolsa de almacenamiento
N°03 Actividad: Colocación de Mascarilla Nebulizadora	
	<ol style="list-style-type: none">1. Gira la tapa de inhalación en el sentido contrario a las agujas del reloj y levanta para retirar la tapa de inhalación del recipiente del medicamento.2. Agregue la cantidad correcta de medicamento recetado en el recipiente.3. Asegúrate que el deflector esté firmemente conectado a la tapa de inhalación.4. Coloca la tapa de inhalación en el recipiente de medicamento5. Conecta el accesorio de inhalación deseado.6. Mantén los labios firmes alrededor de la boquilla para que todo el medicamento ingrese en los pulmones.



7. Respira por la boca hasta que el medicamento se haya consumido. Si lo consideras necesario, coloca una pinza en la nariz para respirar únicamente a través de la boca.
8. Apaga el nebulizador al terminar.
9. Lava el recipiente del medicamento y la boquilla o mascarilla con agua y déjalos secar al aire hasta el próximo uso.

N°04 Actividad: Observación al paciente

Síntomas de una reacción alérgica, por ejemplo: dificultad para respirar, urticaria, hinchazón del rostro, labios, lengua o garganta

Empeoramiento de los síntomas del asma

Sensaciones de mareo

Aceleración de los latidos cardiacos

N°05 Actividad: Registro de paciente

Registrar si hubiera efectos adversos

VII RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la nebulización no se prolongue más de 10 minutos.
- El total de volumen de solución salina a usar debe de ser de 4 – 5 cc
- Realice el procedimiento antes de la ingesta de alimentos o en su defecto una hora después de los mismos.

7.1 Riesgo, complicación, contraindicaciones

- **Riesgo:** Uno de los riesgos asociados al uso de los nebulizadores es el de la infección pulmonar, por lo que el reservorio debe limpiarse muy bien cada vez que se emplee, si es posible usar material desechable.

Suelen tener más efectos indeseables (temblor, taquicardia) y debe asegurarse que no alcancen en sangre concentraciones más altas. Riesgo de hiperactividad bronquial (cierre de los Bronquios).

- **Contraindicaciones:** Una de las principales contraindicaciones de la nebulización es en paciente presenten hemoptisis en curso o Hipersensibilidad conocida a los medicamentos administrados.



IX BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.bing.com/search?q=QUE+ES+nebulizacion&qs=n&form=QBRE&sp=-1&pq=que+es+nebulizacion&sc=319&sk=&cvid=1BD743F16B094BBCB3B865F2EF478937>
2. <https://www.bing.com/search?q=recomendaciones+de+la+nebulizacion&qs=NWU&pq=recomendaciones+de+la+nebulizacion&sc=234&cvid=D5FB51054ABC41B9B373219B87424334&FORM=QBRE&sp=1>
3. <https://www.bing.com/search?q=hemoptisis+definicion&PC=U316&FORM=CHROMN>
4. <https://www.neumologiaperuana.com/asma/objetivo-de-las-nebulizaciones>
5. <https://www.bing.com/search?q=nebulizacion+riesgos+y+contraindicaciones&PC=U316&FORM=CHROMN>
6. <https://www.bing.com/search?q=hiperreactividad+bronquial&PC=U316&FORM=CHROMN>
7. <https://www.bing.com/search?q=hipersensibilidad&qs=AS&pq=hipersensibilidad&sc=8-17&cvid=80587FF004934C228884A1458A675F8E&FORM=QBRE&sp=1>



08 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: OXIGENOTERAPIA

I FINALIDAD

La **oxigenoterapia** es una herramienta fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica. Los objetivos principales que llevan a su empleo son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico

II OBJETIVO

- Su principal objetivo es su empleo a tratar o prevenir la hipoxemia, trata la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocardio.
- Administrar al paciente la concentración de oxígeno necesaria y prescrita para mejorar su estado respiratorio.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Oxigenoterapia
- **Código:** 94799.02
- **Tiempo:** 42 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Hipoxemia:** Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60 mm Hg. También puede definir como una saturación de oxígeno menor de 90,7 %. No debe confundirse con hipoxia.
- Hipertensión pulmonar:** es un aumento de la presión en las arterias de los pulmones. Es una afección seria, si la tiene, los vasos sanguíneos que transportan la sangre del corazón se estrechan y endurecen, el corazón hace un mayor esfuerzo para bombear la sangre.



- c) **Miocardio:** es el tejido, muscular del corazón, encargado de bombear la sangre por el sistema circulatorio mediante su contracción. El miocardio está formado por cardiomiocitos individuales, pero que en su función actúan como un sincitio.
- d) **Cardiomiocitos:** Son células del músculo cardíaco capaces de contraerse de forma espontánea e individual. Estas células muestran además especialización en excitación y conducción de los potenciales de acción. El cardiomiocito representa la unidad contráctil del miocardio.
- e) **Sincitio:** Se desarrollan durante la etapa embrionaria cuando las células de la placenta y las células del embrión se combinan. El sincitio forma una barrera selectiva entre la madre y el embrión para que los nutrientes puedan pasar, pero las bacterias dañinas no.
- f) **Hipercapnia:** designa la presencia de un exceso de dióxido de carbono o CO₂ en la sangre. Es debido a la inhalación de aire ambiente demasiado rico en dióxido de carbono o más frecuentemente, a una disminución en la ventilación pulmonar como ocurre en la insuficiencia respiratoria.

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

- Es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.
- Es la administración de una mayor cantidad de oxígeno del aire disponible para respirar, con el fin de prevenir hipoxia, un trastorno en el cual el oxígeno disponible para las células del organismo es insuficiente, sobre todo las que se encuentran en el cerebro y órganos vitales.
- Es una herramienta fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica.
- Es un procedimiento terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia, aumentando el contenido de oxígeno en sangre arterial.



5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a) Recursos Humanos

- Enfermera
- Técnico/a en Enfermería

b) Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Balón de oxígeno
- Escritorio de melanina de 3 gavetas
- Silla giratoria de metal
- Silla fija de plástico (para paciente)
- Tacho de plástico 60 L. APROX. (Para Basura)
- Engrapador de metal tipo alicate con yunque giratorio
- Manómetro para oxígeno con flujómetro

c) Insumos, material médico (Fungible - No Fungible)

- Alcohol x 1 LT
- Guante estéril
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo block 100
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca de color negro
- Careta protectora de policarbonato
- Mascarilla descartable tipo N-95
- Mandilón descartable talla I
- Formato receta única estandarizada + 2 copias block x 50 juegos
- Tinta para tampón x 30 ml aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico tamaño mediano color azul
- Grapa 23/10 x 1000
- Oxígeno gas medicinal x 10 m3
- Cánula binasal para oxígeno adulto
- Mascara de oxígeno con reservorio adulto



VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

▪ Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01 Actividad : Orientación al Paciente

El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar

N°02 Actividad: Preparación Material

El personal de enfermería preparará y revisará material y equipo necesario.

N°03 Actividad: Colocación de Oxígeno

Los dispositivos para la administración de oxígeno son las interfaces que llevarán el O₂ al paciente, y deberán escogerse de forma individualizada en función de las necesidades de cada paciente, tanto clínicas, de edad, como de grado de tolerabilidad y de cumplimiento.

N°04 Actividad: Observación al Paciente

La oxigenoterapia es bien tolerada por los pacientes, es necesario tener en cuenta que hay ciertas complicaciones asociadas que es preciso tratar de prevenir: toxicidad por oxígeno, retención de CO₂, accidentes (explosión o fuego si se fuma cerca), sequedad e irritación de mucosas, vasoconstricción coronaria, rebote de la hipoxemia como consecuencia del repentino cese de la oxigenoterapia.

N°05 Actividad: Registro del Paciente

Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

Use la oxigenoterapia al menos 16 horas al día y/o según indicación médica, no altere el flujo de oxígeno (litro/minuto) sin la indicación de su médico.

a) Riesgo, complicación, contraindicaciones

COMPLICACIONES:

- **Toxicidad por oxígeno:** es causada por exposición a concentraciones altas de oxígeno, por periodos prolongados de tiempo. Se presentan síntomas como: malestar general, tos, náuseas, vómito y aumento de la frecuencia respiratoria.
- **Depresión respiratoria:** la Hipercapnia ocasionada por toxicidad de oxígeno es uno de los factores que puede generar cambios en el sistema nervioso central, produciendo alteraciones en el estado de conciencia.



IX BIBLIOGRAFÍA:

1. Luna Paredes, M.C. et al. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. An Pediatra (Barc). 2009; 71(2):161-174. [Consultado el 21/06/2020]
2. Stich, J. Cassella, D. Dispositivos para la administración de oxígeno. Nursing 2010. 28(3): 39-42. [Consultado el 20/06/2020]
3. Artacho Ruiz, R. López Romero, S. Guzmán Pérez, JA. López Obispo, M. Galán Doval, CJ. Del Campo, E. Soporte respiratorio de alto flujo con cánula nasal. Revisión. Rev Patol Respir. 2016; 19(2): 48-55. [Consultado el 21/06/2020]
4. Jarillo, A. Oxigenoterapia. [Consultado el 21/06/2020]



09 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA:

COLOCACIÓN DE ENEMA

I FINALIDAD

Facilitar la evacuación de las heces mediante la administración de líquido, a través del esfínter anal, en el recto y en la parte inferior del intestino, con una **finalidad** terapéutica.

II OBJETIVO

Para promover la defecación suele indicarse la aplicación de un **enema evacuante**. Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Colocación de enema
- **Código:** 99199.03
- **Tiempo:** 21 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Vía rectal:** es anatómicamente el segmento terminal del tubo digestivo (15-19cm). Tiene una estructura que consta de una capa serosa peritoneal una túnica muscular, una capa submucosa (irrigada por el plexo venoso hemorroidal) y una capa o túnica mucosa.
- **Enema:** es un procedimiento de limpieza rectal, que puede tener fines higiénicos o de salud.
- **Osmótica:** relativo a la ósmosis.
- **Osmosis:** es un fenómeno físico relacionado con el movimiento de un disolvente a través de una membrana semipermeable.
- **Enfermedad de Crohn:** es una inflamación crónica del tracto digestivo.



- **Colitis Ulcerosa:** Una afección en la que se observa inflamación y ulceración del colon y el recto.

5.2. DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es la introducción por vía rectal de una cantidad de líquido con fines terapéuticos. Consiste en sales de fosfato, las cuales por acción osmótica atraen el agua hacia el recto, reblandeciendo las heces fecales.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a. Recursos humanos

- Enfermera
- Técnica(o) de enfermería

b. Equipo, mobiliario e instrumental (Equipamiento, depreciación)

- Escritorio de melanina
- Silla fija de metal
- Silla fija de metal (para paciente)
- Tacho de plástico 60 L. Aprox. (Para basura)
- Engrapador de metal tipo alicate con yunque giratorio
- Biombo de metal de 3 cuerpos
- Cama de metal hospitalaria de 1 plaza
- Coche metálico para curaciones
- Urinario de acero inoxidable (chata) para adulto

c. Insumos, material médico (Fungible - No Fungible)

- Alcohol X 1LT.
- Guante Estéril
- Formato Hoja de Referencia SIS Autocopiativo Block 100 hojas
- Papel Toalla de Hojas Separadas X 200 Hojas
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca Punta Fina Color Azul
- Bolígrafo (Lapicero) de Tinta Seca de Color Negro
- Careta Protectora de Policarbonato
- Mascarilla Descartable Tipo N-95
- Mandilón Descartable Talla L
- Formato Receta Única Estandarizada + 2 Copias Block X 50 Juegos
- Tinta para Tampón X 30 ml Aprox. Color Azul
- Tampón con Cubierta de Plástico Tamaño Mediano Color Azul



09 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: COLOCACIÓN DE ENEMA

- Grapa 23/10 X 1000
- Papel Higiénico Hoja Simple Blanco X 500 m
- Sodio fosfato difásico+ 16 g/100 ml sol. Recta 133 ml (enema)

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- **Descripción detallada de las actividades del procedimiento**

N°01	Orientación al paciente :
	El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar, indicarle que evacue la vejiga, pues ello reduce la incomodidad del procedimiento.
N°02	Preparación de Equipos:
	Se revisan los equipos antes de su uso para un mejor manejo.
N°03	Administración:
	Ayudar al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo, con la rodilla derecha flexionada. Esta postura, además de permitir la observación del ano, facilita que el enema fluya por gravedad a lo largo de la curva natural del recto y del sigmoide, lo cual mejora la retención de la solución.
N°04	Observación Posterior
	Sensación de plenitud o calambre Cerrar la llave de paso durante unos 30 segundos o bien descienda algo el recipiente para disminuir la velocidad de flujo
N°05	Registro del Paciente:
	Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.



VII RECOMENDACIONES

7.1 Riesgo, complicación, contraindicaciones (En caso aplique)

No debe usarse **enema** en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica, pacientes con problemas ano-rectales, síndrome abdominal agudo, tampoco debe usarse en pacientes con oclusión intestinal, con insuficiencia cardíaca o que se conozca que tiene hipersensibilidad a los fosfatos y citratos.

- **Contraindicación:** Dolor abdominal cuya causa no haya sido determinada es extremadamente raro que el procedimiento cause complicaciones graves. A veces el medio de contraste se endurece en el colon y produce estreñimiento o incluso, en raras ocasiones una obstrucción intestinal.
- **Riesgo:** El uso constante de enemas para aliviar el estreñimiento puede provocar un daño fuerte en los intestinos, así como la capacidad para defecar de manera natural.

Si hay obstrucción intestinal o enfermedad abdominal aguda, no se debe realizar un enema o se debe realizar solo bajo las instrucciones detalladas de un médico.



09 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: COLOCACIÓN DE ENEMA

VIII ANEXO:

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
JEFATURA
-- ooo --

Original: Contabilidad
Copia: G Esterilizac

MATERIALES EMPLEADOS

PACIENTES NOMBRES Y APELLIDOS	N° H.C.	PAB		
		M	Y	N

FECHA: _____

.....
FIRMA DE ENFERMERA



IX BIBLIOGRAFIA

1. B. KOZIER. G ERB. K. BLAIS. J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería conceptos proceso y práctica, volumen Edición 5ta, Madrid España, año 1999-2000, pág.1266-
2. 1267 LYNDA JUALL CARPENITO. Diagnóstico de Enfermería Aplicaciones de la Práctica clínica, Edición 9na, Bogotá-Colombia, año 2003, pág.351.
3. KOZIER DUGAS. Tratado de Enfermería Práctica, Enfermería Titulada, Edición 2da, año 1974, pág.296, 297.
4. <http://persona/es.mundivia.es.vicen/enema.html>
5. <http://www.auxiliar=enfermeria.com> marc06



10 GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA: PSICOEDUCACIÓN AL PACIENTE

I FINALIDAD

Es una **técnica** de intervención cognitiva para el control del estrés que busca efectos en el plano fisiológico. Su objetivo es dotar al individuo de capacidad de control voluntario sobre ciertas actividades y procesos de tipo biológico.

II OBJETIVO

El **objetivo** directo de la **psi coeducación** implica entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada uno.

III ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

La presente Guía Técnica de procedimientos de enfermería se aplica en el Hospital Hermilio Valdizán.

IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- **Nombre:** Psicoeducación al paciente
- **Código:** 99207.04
- **Tiempo:** 50 Minutos

V CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Psi coeducación:** Programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y su familia.
- **Recaída:** Empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación
- **Recuperación:** Es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo.
- **Recurrencia:** Desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.



- **Refuerzo:** Se entiende por refuerzo positivo a los estímulos. Cuando la conducta aumenta como consecuencia de la retirada de determinados estímulos se dice que la conducta que elimina esos estímulos es reforzada negativamente

5.2 DEFINICIONES DEL PROCEDIMIENTO

Es brindarle al paciente toda información necesaria en relación con su patología o afección y el tratamiento, determinar desencadenantes y mantenedores y desarrollar estrategias y conductas que favorezcan su proceso.

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

a. Recursos Humanos

- Enfermera

b. Equipo, mobiliario e instrumental

- Escritorio de melanina de 3 gavetas
- Silla giratoria de metal
- Silla fija de plástico (para paciente)
- Tacho de plástico L. Aprox. (Para basura)
- Engrapador de metal tipo alicate con yunque giratorio

c. Insumos, material médico

- Alcohol x 1lt.
- Guante descartable
- Formato hoja de referencia SIS autocopiativo block 100
- Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul
- Bolígrafo (lapicero) de tinta seca de color negro
- Careta protectora de policarbonato
- Mascarilla descartable tipo N-95
- Mandilón descartable talla L
- Formato receta única estandarizada + 2 copias block x 50 juegos
- Tinta para tampón x 30 ml aprox. Color azul
- Tampón con cubierta de plástico tamaño mediano color azul
- Grapa 23/10 x 1000
- Cuaderno cuadriculado tamaño a4 x 92 hojas (5meses)



VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- Descripción detallada de las actividades del procedimiento

N°01 Orientación al paciente:

La psi coeducación es un paso previo a la intervención. Consiste en educar e informar, tanto al menor con un trastorno en el desarrollo como a su familia, sobre las características específicas de su patología, cómo gestionarla para minimizar sus efectos y cómo intervenir para mejorar su calidad de vida.

N°02 Actividad: Explicación del Tema

Es hacer entender un concepto o una situación. Explicamos cuando creemos que algo no está suficientemente claro o no ha sido comprendido por nuestro interlocutor. Al acometer un acto explicativo ponemos todo el empeño en aclarar aquellas ideas o conceptos que ofrecen alguna dificultad.

N°03 Actividad: Registro de Paciente

Los registros son bases de datos que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente.

VII RECOMENDACIONES

Riesgo, complicación, contraindicaciones (En caso aplique)

No aplica



IX BIBLIOGRAFÍA

1. Sáenz Campos D. Principios de farmacología general y administración de fármacos. 1st ed. Murillo R M, editor. Costa Rica: Universidad de Costa Rica Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Apdo. 75-2060 San José, Costa Rica, 1993; 1993.
2. Michelle L. A proactive approach to combating venous depletion in the hospital setting. J Infus Nurs. 2007; 30(1).
3. Gallieni M, Pittiruti M, Biffi R. Vascular access in oncology patients. CA Cancer J Clin. 2008; 6(58)
4. Nassaji-Zavareh , Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk. Singapore Med J. 2007; 8(48).
5. Royal College of Nursing IV. Therapy Forum. Standards for Infusion Therapy. 2005.
6. Pronovost P. Proyecto piloto multicéntrico estrategia multifactorial 'Flebitis Zero'. 2015.
7. López Moreno P. Guía rápida y poster sobre Cuidados de Enfermería en dispositivos venosos de inserción periférica. 2016. España.
8. Pérez Melgarejo E. Flebitis postinfusion en catéteres venosos periféricos: una actualización del arte. Revisión de Literatura. 2011 Enero
9. Leandro Pardo, Lozier Gómez H, Cabás Audicio JM, Fernández. Complicaciones de Accesos Venosos Periféricos. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - Argentina. 2006 Noviembre;(163).
10. Moros M. "Participación del Profesional de Enfermería en la Prevención de Flebitis en Pacientes Hospitalizados en la Clínica Santa Sofía. Tesis. Caracas: Hospital de la Clínica Santa Sofía, Enfermería; 2006. 11. Loyola Lozada JL. Relación entre el manejo



