



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

**MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS
DEL SERVICIO DOMICILIARIO**



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



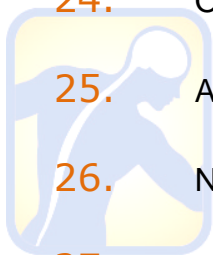
TABLA DE CONTENIDO

1. Admisión del paciente
2. Egreso de paciente
3. Remisión a una institución de Salud
4. Salida voluntaria del servicio domiciliario.
5. Defunción
6. Valoración de signos vitales
7. Temperatura
8. Pulso
9. Control de frecuencia respiratoria
10. Valoración de peso
11. Postura de guantes
12. Lavado de manos
13. Curaciones
14. Prevención de úlceras de cubito.
15. Higiene personal del paciente
16. Alimentación del paciente via oral





17. Cateterismo gástrico
18. Lavado gástrico
19. Colocación y retiro de tubo
20. Cateterismo vesical
21. Control de líquidos administrados y líquidos eliminados.
22. Manejo por enfermería de crisis hipertensiva.
23. Actividades de enfermería en pacientes con úlcera en MMII
24. Oxigenoterapia.
25. Aspiraciones de Secreciones
26. Nebulizaciones
27. Terapia Respiratoria
28. Reanimación Cardiopulmonar Basico
29. Aplicación de Vendaje
30. Sujeción Mecánica





1. RELACIONADO CON EL INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA DOMICILIARIO

1.1 ADMISION DEL PACIENTE

DEFINICION

Es el procedimiento mediante el cual se recibe, evalúa y ubica al paciente dentro del programa domiciliario

OBJETIVO

- Realizar lista de chequeo donde se evalúa las condiciones físicas, sanitarias y de acceso del sitio de habitación.
- Establecer plan de cuidado

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Brinde confianza al usuario.
- Informe normas del servicio al usuario y a la familia.

EQUIPO

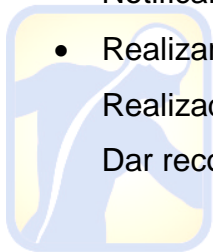
- Equipo de signos vitales
- Registros clínicos
- Lista de chequeo (formato)

PROCEDIMIENTO

- Saludar cordialmente y presentarse



- Presenta la orden del servicio domiciliario
- Informa al familiar la necesidad de elaborar lista de chequeo de las condiciones físicas, sanitarias y vías de acceso.
- Elaborar la historia clínica y plan de tratamiento
- Explicarle al paciente y/o familiar el plan de tratamiento a realizar, el pronóstico y el alcance del mismo.
- Tomar signos vitales
- Llenar los encabezamientos de la hoja de identificación: número de historia clínica, nombre completo.
- Realizar baño si su condición lo amerita y permite
- Registrar en la planilla de procedimientos domiciliarios
- Notificar la admisión a la administradora correspondiente.
- Realizar en la historia clínica las notas de enfermería, procedimientos Realizados y/o Evoluciones.
Dar recomendaciones al paciente





1.2 EGRESO DEL PACIENTE DEL PROGRAMA DE CONSULTA DOMICILIARIA.

DEFINICION

Es la salida del paciente a cualquiera de los siguientes destinos: una institución de salud, salida voluntaria.

OBJETIVOS

- Legalizar el egreso del paciente del servicio domiciliario

PRECAUCIONES

- Entregar al familiar las recomendaciones de cuidados. solicitud de interconsultas, y/o remisiones, ordenes de servicios (formatos requeridos para continuar el tratamiento) de ser necesario
- Confirmar que la orden este firmada por el profesional.

EQUIPO

- Historia clínica con sus registros
- Formatos requeridos

1.2.2 REMISION A UNA INSTITUCION DE SALUD

PROCEDIMIENTO

- Confirmar con el CRUE la remisión y respectiva admisión del usuario en el Hospital o clinica de recepción de recepción.
- Confirmar que la orden medica de remisión este en la historia clínica



- Avisar al paciente y familia el motivo de la remisión, colaborar con la organización de objetos personales
- Realizar las respectivas notas de enfermería
- Llevar al paciente con historia clínica, tarjeta de medicamentos, medicamentos, estudios realizados y objetos que le pertenezcan
- Entregar al paciente a la enfermera que hará el acompañamiento en la ambulancia
- Despidase cordialmente del paciente y /o familiar.

1.2.3 DEFUNCION

PROCEDIMIENTO

- Confirmar que el medico certifique la muerte del paciente.
- Confirmar que el registro de defunción esté debidamente diligenciado por el medico
- Organizar historia clínica y enviar a la sede correspondiente.
- Indique al familiar la importancia de realizar desinfección del sitio donde estaba ubicado el paciente.

1.2.4 RETIRO VOLUNTARIO DEL SERVICIO DOMICILIARIO

PROCEDIMIENTO

- Escuchar al paciente, las dudas y causa de su deseo de retiro voluntario



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

- Explicar la importancia de permanecer en EL durante el tiempo necesario y los riesgos a los cuales se expone al abandonar el tratamiento.
- En caso de que el paciente Y/ O familiar insista en su deseo, explique el retiro voluntario y hágalo firmar o a un familiar o testigo
- Realizar notas de enfermería especificando el procedimiento llevado a cabo
- Organizar historia clínica y enviar a la oficina correspondiente
- Entregar pertenencias al paciente y despedir cordialmente
- Entregar en la sede correspondiente los soportes del retiro voluntario y se comunica a la EPS- correspondiente.



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



1.3 VALORACION DE SIGNOS VITALES

DEFINICIÓN

Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento de los mecanismos termorreguladores cardiovasculares-respiratorios del organismo del paciente. Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.

OBJETIVOS

- Valorar es estado clínico del paciente.
- Ayudar en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

1.3.1 CONTROL Y TOMA DE LA TEMPERATURA

DEFINICIÓN

Es la determinación del grado del calor corporal por medio de un termómetro clínico. Refleja el equilibrio entre el calor producido y el perdido por el organismo.

PRECAUCIONES

- Revisar medidas de bioseguridad.
- En temperatura bucal evite su medición:
 - Después de ingerir alimentos fríos o calientes.
 - A pacientes mentales, inconscientes, agitados o con accesos de tos.
 - A recién nacidos y lactantes.



- Preferiblemente que el termómetro sea de uso individual.
- Revisar que el termómetro este en optimas condiciones para evitar errores en la medición.
- En caso de duda, rectificar la medición de la temperatura.
- Para la medición de temperatura axilar:
 - Es recomendable en niños mayores de 6 años y adultos.
 - Secar la axila del paciente antes de colocar el termómetro
 - Estar siempre al lado del paciente mientras se cuantifica la temperatura.
- La temperatura del recién nacido puede modificarse según la ubicación del mismo dentro de la sala, cercanía a las ventanas, sol, flujo de aire, falta de terapias, etc.
- Evite tomar la temperatura rectal si no esta indicada por el medico, es útil para determinar la permeabilidad rectal.
- Cuando por orden medica vaya a tomar la temperatura rectal, no olvide lubricar el bulbo, tampoco fuerce la entrada.

EQUIPO

- Termómetro.
- Torundas.
- Formato para registros clínicos de signos vitales.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.



- Lávese las manos.
- Tome el termómetro y una torunda seca; límpielo
- Revisar, previo a la toma de la temperatura, que el termómetro digital se encuentre en 00(ceros)
- Para temperatura axilar: coloque el termómetro en el centro de la axila. Haga que el paciente lo sostenga suavemente colocando la mano sobre el pecho o sosténgale el brazo. En el niño se puede colocar en el pliegue inguinal, teniendo la precaución de dejarlo 5 min.
- Limpie el termómetro con solución desinfectante y seque.
- Deje el equipo limpio y ordenado.
- Deseche residuos según protocolo.
- Lávese las manos
- Registre en hoja de signos.

1.3.2 CONTROL DE PULSO

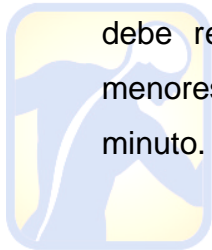
DEFINICION

Es la medición de las pulsaciones por minuto, por medio de la palpación y/o auscultación, producido por la onda de sangre bombeada por el ventrículo izquierdo sobre las paredes de los vasos sanguíneos.



PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Palpe la arteria con los dedos índice, medio y anular.
- Hacer este control con el paciente en reposo y preferiblemente antes de la ingesta de alimentos.
- Al momento de la palpación, la presión ejercida debe ser suave, ya que de lo contrario se interrumpiría el flujo sanguíneo y no se percibirá la pulsación.
- En niños, antes de tomar el pulso, asegurarse que esté tranquilo. El conteo debe realizarse, estrictamente en un minuto. Recuerde que en niños menores de dos años los valores normales están entre 120-180 latidos por minuto.



Neurocoop
S.A.S.

EQUIPO

- Reloj con segundero.
- Hola de signos vitales.

PROCEDIMIENTO

- Observe medidas generales.
- Lávese las manos.



- Deje reposar en un lugar plano y estable el miembro o la parte donde va a tomar el pulso.
- Localice la arteria, haga leve presión sobre el área y contabilice las pulsaciones por 1 minuto.
- Registre el dato con color azul en la hoja de signos.
- Elabore registro clínico.

1.3.3 CONTROL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

DEFINICION

Procedimiento, que por medio de la observación, permite cuantificar el número de respiraciones por minuto de un paciente.

EQUIPO

- Reloj con segundero.
- Hoja de signos vitales.

PRECAUCIONES

- Tome la frecuencia respiratoria con el paciente en reposo.
- Tome la frecuencia respiratoria sin que el paciente se de cuenta.
- Entable un ambiente favorable con el paciente, para de esta manera disminuir la ansiedad, y obtener un dato más confiable.



- Si es un niño o recién nacido, espere a que el mismo este tranquilo.
- No realice el procedimiento después de alimentar al bebé.
- Si en un recién nacido, mantener un ambiente térmico neutro. Tenga en cuenta que la respiración de un recién nacido es de 40-60 respiraciones por minuto.

PROCEDIMIENTO

- observe precauciones generales.
- Lávese las manos antes y después de cada procedimiento.
- Después de tomar el pulso, deje sus dedos en el área, para así distraer al paciente, cuente los movimientos torácicos de expansión y contracción en un minuto (inspiración, expiración)
- Observe si hay tiraje intercostal, aleteo nasal, ruidos al inspirar o exhalar, profundidad, regularidad, coloración de uñas y labios.
- Se debe contabilizar la respiración en un segundo, ya que el patrón de la misma puede ser irregular, de esta manera obtenemos un dato mas confiable.
- Registre en color verde en la hoja de signos y realice el registro clínico según protocolo.



1.3.4 CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL.

DEFINICIÓN

Procedimiento por medio del cual se determina la tensión máxima y mínima, que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, en el momento de la sístole y diástole respectivamente.

PRECAUCIONES

- Observe Medidas De Bioseguridad.
- Coloque El Manómetro De Tal Manera Que Usted Pueda Visualizar El Resultado.
- Para rectificar la tensión, saque completamente el aire del brazalete.
- Evitar demasiada insuflación en el brazalete.
- Colocar el tambor del fonendoscopio de tal manera que no quede debajo del brazalete.
- Coloque el brazalete inflable de modo que este cubra la arteria.
- Desinfecte el tambor del fonendoscopio.
- Realice las mediciones principalmente en miembros superiores.
- Trate de utilizar brazalete para cada paciente, si no es posible, lávelo y aplique solución desinfectante.
- Tome la atención según orden médica.



EQUIPO

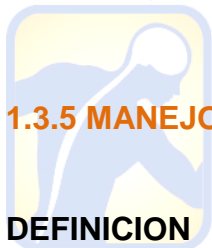
- Tensiometro.
- Fonendoscopio.
- Torundas con solución desinfectante.
- Registros clínicos.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Lávese las manos antes y después del procedimiento.
- Coloque al paciente cómodo, en decúbito dorsal o sentado.
- Descubra el brazo y coloque el brazaletes aproximadamente dos centímetros por encima del pliegue del brazo.
- Limpie las ojivas del fonendo y colóquelos con la parte cóncava hacia fuera.
- Localice la arteria, y sobre esta coloque el tambor del fonendo; si no la ubica, coloque en tambor por el trayecto anatómico de la misma.
- Tome la pera con la mano libre, cierre la llave sin ajustarle demasiado, insufla aire hasta que la manecilla se ubique en el lugar adecuado, según características del paciente.
- Abra la llave lentamente para que el aire salga de manera gradual.



- Observe la manecilla; este atento al primer golpe fuerte que escuche, este corresponderá a la tensión sistólica, el ultimo golpe fuerte que escuche será la tensión diastolica.
- Quítese el fonendoscopio, tendiendo la precaución de limpiar sus ojivas.
- Retire cuidadosamente el brazalete.
- Deje todo limpio y en orden.
- Registre el valor encontrado en la hoja de signos vitales.
- Lávese las manos.
- Haga la respectiva anotación en los registros clínicos según protocolo.



1.3.5 MANEJO DEL MONITOR DE SIGNOS VITALES.

DEFINICION

Procedimiento mecánico, a través del cual, se vigilan los diferentes signos vitales del paciente, incluyendo la oximetría.

EQUIPO

- Monitor de signos vitales.

PRECAUCIONES

- Valorar el estado del monitor, es decir, que este funcionando correctamente.
- Al tomar la tensión arterial, vigilar la circulación del miembro donde se realice el procedimiento.



- Vigilar que el voltaje del sitio de conexión eléctrica del equipo, sea la apropiada.
- Conectar de acuerdo a la necesidad.
- Asegúrese que el brazalete sea el apropiado según características del paciente.
- No colocar el brazalete en áreas laceradas.
- Colocar los electrodos según color: electrodo blanco en línea media clavicular derecha cuarto espacio intercostal, electrodo negro en línea clavicular izquierda cuarto espacio intercostal y el electrodo rojo en el punto de máximo impulso, para una valoración apropiada de los ritmos cardiacos.

- Colocar oxímetro en dedo índice.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Trate que el paciente este quieto y tranquilo.
- Coloque el brazalete seleccionando una extremidad (brazo, pierna), teniendo la precaución que quede bien fijado en la misma.
- Asegúrese que el tubo de conexión al monitor no se encuentre obstruido.
- Colocar los electrodos según color: electrodo blanco en línea media clavicular derecha cuarto espacio intercostal, electrodo negro en línea clavicular izquierda cuarto espacio intercostal y el electrodo rojo en el punto de máximo impulso, para una valoración apropiada de los ritmos cardiacos.
- Colocar oxímetro en dedo índice.



- Accione los dispositivos para que el equipo comience la medición según las ordenes médicas.
- Este pendiente de las alarmas, y en caso de las mismas verificar la situación del paciente y/o equipo.

1.4 VALORACION DE PESO

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se cuantifica la masa corporal del paciente.

EQUIPO

- Bascula de pie.

PRECAUCIONES

- Pesar al paciente en ayunas todos los días o según ordenes médicas.
- Pesar a todo paciente menor de 10 años que ingrese ya sea por urgencias, hospitalización y consulta externa.
- Cerciórese de la adecuada graduación de la báscula.
- Pesar al paciente con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos.
- Coloque la báscula en un lugar firme y sin desnivel.
- Equilibrar la báscula antes de pesar al paciente.
- Si se va a pesar un recién nacido, restar el peso del pañal.
- Al obtener el peso, comparar con datos anteriores y avisar cambios.



PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Indicar la paciente que mientras este sobre la báscula no se mueva.
- Indicar al paciente que permanezca derecho, mirando al frente y con los talones juntos.
- Tomar el valor del peso.
- Registrar el peso en la hoja de signos vitales.
- Deje cómodo al paciente.
- Deje todo en orden.





2. RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y COMODIDAD DEL PACIENTE

2.1 POSTURA DE GUANTES

DEFINICION

Es la colocación de guantes ya sean limpios o estériles de acuerdo al procedimiento.

OBJETIVOS

- Mantener técnica aséptica.
- Manejar equipo estéril de manera apropiada, amplia y cómoda sin riesgo de contaminarlo.
- evitar infecciones nosocomiales.
- Preservar normas generales de bioseguridad.

PRECAUCIONES

- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Toque con las manos solo la parte externa del dobles.
- Cambiar los guantes en cada procedimiento, repitiendo el lavado de manos.
- Cambiar los guantes si estos están rotos, porosos, contaminados.
- Usar guantes preferiblemente del tamaño de su mano.
- Mantener técnica aséptica.



- Deseche los guantes empleados en los procedimientos sépticos.

EQUIPO

- Guantes limpios o estériles.
- Equipo para el lavado de manos.

PROCEDIMIENTO

- Observaciones generales.
- Lávese las manos.
- Tomar uno de los guantes por el extremo, introduzca los dedos de la mano contraria en cada dedo del guante, insinuándolos y dejando de último el dedo pulgar, en un solo movimiento ajuste el guante de su mano y suéltelo dejándolo aun con el dobléz. No toque la superficie externa del guante con los dedos de la mano no enguantada.
- Al enguantarse la otra mano, sostenga el guante en el aire, cuidando de no tocar con los dedos enguantados la mano y muñeca no enguantada, siga los mismos movimientos para la mano anterior.
- Introduzca 4 dedos enguantados por debajo del dobléz del primer guante y desdóblelo por la muñeca.
- Encaje muy bien dedos en los guantes puestos.
- Retírelos de tal forma que le queden al revés.
- Lávelos con agua y jabón antes de retirárselos.



- Deseche los guantes utilizados en procedimientos sépticos.

2.2 LAVADO DE MANOS

DEFINICION

Procedimiento a través del cual se remueven gérmenes patógenos que se encuentran en la superficie de la piel.

OBJETIVOS

- Ayudar en el mantenimiento de la técnica aséptica.
- Remover el mayor numero de microorganismos patógenos de la piel.
- Prevenir y reducir la incidencia de infecciones cruzadas.

PRECAUCIONES

- Realizar el lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento en el cual haya contacto directo o indirecto con un paciente o secreciones del mismo.
- Gradué el agua de la llave, para que sea suficiente para el procedimiento.
- Mantenga las manos mas bajas que el antebrazo durante el procedimiento.
- Mantenga el mínimo contacto con la llave cerrada.
- **EL USO DE GUANTES NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS.**
- Evite el uso de joyas y uñas largas, ya que estas facilitan la acumulación de gérmenes.
- Utilice un frasco de jabon, preferiblemente con dispensador.



- Si se utiliza toalla de tela, esta debe ser cambiada frecuentemente, ya que la humedad de la misma facilita la propagación de agentes patógenos.

EQUIPO

- Agua.
- Jabón líquido preferiblemente con dispensador.
- Toallas preferiblemente desechables.

PROCEDIMIENTO

- Abra la llave del agua.
- Humedezca las manos.
- Deposite jabón entre las manos.
- Frote enérgicamente las manos para obtener espuma con movimientos de rotación, fricción en la región palmar, dorsal y antebrazo, friccione espacios interdigitales prestando atención a las uñas (esta fricción no debe ser menor a un tiempo de 15 segundos)
- Enjuáguese las manos y el antebrazo, cierre la llave con toalla desechable.

2.2 CURACIONES

DEFINICION

Es la limpieza y desinfección que se hace de la herida limpia o infectada.

OBJETIVO

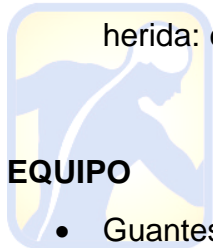
- Observar el proceso de recuperación.



- Prevenir el riesgo de infección.
- Reducir la infección evitando complicaciones en el paciente.

PRECAUCIONES

- Observe medidas de Bioseguridad.
- Realice curación .
- Evite manipular excesivamente la herida limpia.
- Si hay sangre o liquido seroso, debe hacerse drenaje del mismo.
- Este atento a signos de respuesta inflamatoria que sugieren infección de la herida: edema, calor local y eritema.



EQUIPO

- Guantes.
- Esparadrapo.
- Apositos.
- Solución salina o agua estéril.
- Otros elementos según este indicado.

PROCEDIMIENTO PARA LA CURACION DE LA HERIDA LIMPIA

- Observe precauciones generales.
- Lávese las manos.



- Utilice dos pares de guantes, uno para retirar apósitos, si los hay, y otro para la curación de la herida.
- Retire el apósito y deséchelo.
- Limpie las heridas impregnadas con solución salina o agua estéril, teniendo en cuenta, que si el paciente tiene varias heridas, cada una se debe tratar por separado.
- La curación siempre debe empezarse por la parte más limpia.
- Cubra la herida con apósito seco según necesidad.
- Seque la piel alrededor de la herida y fije el apósito con esparadrapo.



- Deseche residuos según protocolo.
- Deje al paciente limpio y cómodo.
- Lave y deje el equipo en orden.
- Retire los guantes y lávese las manos.
- Elabore registro clínico según protocolo.

PROCEDIMIENTO PARA LA CURACION DE LA HERIDA CONTAMINADA

- Observe precauciones generales.
- Lávese las manos.
- Administre analgésicos si el paciente lo requiere y el medico lo ordena.



- Utilice dos pares de guantes, uno para retirar apósitos, si los hay, y otro para la curación de la herida.
- Realice lavado de la herida a presión con solución salina y antisépticos.
- Proteja la integridad de la piel.
- Recoja el materia de curación y ropas contaminadas.
- Deseche residuos según protocolo.
- Deje al paciente limpio y cómodo.
- Lave y deje el equipo en orden.
- Retire los guantes y lávese las manos.
- Elabore registro clínico según protocolo.

2.3 CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN EN LA ULCERAS POR DECUBITO

DEFINICION

Son las medidas que se tienen en cuenta para mantener limpia y seca la piel, evitar traumatismos y disminuir la presión y fricción sobre una zona del cuerpo por un tiempo prolongado que podría causar isquemia y/o necrosis de tejido.

OBJETIVOS

- Eliminar o disminuir presión en piel.
- Evitar lesiones de la piel o tejido.
- Favorecer la circulación.
- Mantener la piel seca.



- Dar comodidad y seguridad al paciente.
- Brindar educación y al paciente y su familia.

PRECAUCIONES

- Observe precauciones generales.
- Las úlceras por decúbito se presentan en pacientes con alteraciones de la sensibilidad, motilidad y actividad.
- No use talco.
- Vigile constantemente, que la piel no tenga contacto con orina, materia fecal, vómitos y otros.
- Mantener la ropa del paciente y de la cama seca, limpia y libre de arrugas.
- Utilice cojines de espuma o algún otro elemento, a fin de reducir la presión ejercida por las prominencias óseas.
- Vigile que la ingesta de nutrientes sea la apropiada según condición del paciente.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Busque signos de presión en regiones prominentes del cuerpo, como por ejemplo, escápula, occipital, codo, sacro-coxígea, cara interna de rodillas, talón, entre otras.
- Mantenga la piel seca y lubricada, aplique humectante y realice masajes circulares especialmente en zonas sometidas a mayor presión. Si es posible, impregne la piel con aceite mineral.



- Realice cambio de posición mínimo cada 2 horas.
- Coloque el cuerpo del paciente en posición funcional con ayuda de cojines y/o almohadas.
- Temple los tendidos de la cama y asegúrese que estos se encuentren limpios y secos.

2.5 HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE

DEFINICION

Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar bienestar físico y conservar la salud del paciente.

2.5.1 BAÑO GENERAL EN DUCHA

DEFINICION

Es el procedimiento que se realiza para el aseo personal del paciente que puede levantarse.

PROCEDIMIENTO

- Obsérvese medidas de bioseguridad.
- Gradúe la temperatura del agua.
- Proporcione una silla a los pacientes que no pueden permanecer por mucho tiempo de pie por largo rato.
- Tome medidas de seguridad para que el paciente no se resbale.
- Evite corrientes de aire.



- Evite dejar solo al paciente, e indíquelo que no cierre la puerta con seguridad.
- Si hay heridas que no han cicatrizado, protéjalas.

EQUIPO

- Jabón, toalla, peinilla.
- Cepillo de dientes y crema dental.
- Máquina de rasurar.
- Pijama.



- Camilla o silla.
- Guantes.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Aliste los elementos de uso personal del paciente.
- Acompañe al paciente y préstele la ayuda necesaria.
- Elabore registros clínicos según protocolo.



3. RELACIONADOS CON LA NUTRICION DEL PACIENTE

3.1 ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LA ALIMENTACION DEL PACIENTE POR VIA ORAL.

DEFINICION

Es la ayuda y vigilancia que presta el personal de enfermería al paciente durante la ingesta de alimentos por vía oral.

OBJETIVOS

- Proporcionar comodidad y confort al paciente.
- Asistir en la dieta al paciente imposibilitado para hacerlo.

PRECAUCIONES

- Obsérvese medidas de bioseguridad.
- Procure un ambiente adecuado y sin corrientes de aire.
- Verifique que la dieta sea la ordenada.
- No insista si el paciente no quiere comer.
- Evite realizar procedimientos al paciente u otro paciente durante las horas de los alimentos.

EQUIPO

- Mesa.
- Bandeja con alimentos ordenados.



- Juego de cubiertos.
- Pitillos.
- Servilletas.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Airee el cuarto del paciente antes de servir los alimentos.
- Lávese las manos.
- Coloque al paciente en posición apta para la ingesta de alimentos y acérquele la mesa.
- Facilite al paciente el lavado de manos.
- Presente la bandeja con la dieta ordenada.
- Permítale intervalos de descanso.
- Suspenda la administración de la dieta si observa signos de intolerancia.
- Termine cuando el desee, retírela bandeja y déjala en su sitio.
- Deseche residuos.
- Lávese las manos.
- Realice registros clínicos según protocolo.



4. RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.

4.1 CATETERISMO GASTRICO

DEFINICION

Es el procedimiento por medio del cual se introduce por la nariz o boca una sonda hasta el estómago.

OBJETIVOS

- Evacuar contenido gástrico.
- no realice cateterismo en pacientes en los que se sospeche fractura de piso de órbita.
- Asegúrese que el tubo este permeable.
- Verifique que la sonda este en el tracto digestivo antes de fijarla.
- Retire inmediatamente la sonda si el paciente presenta tos, asfixia o hemorragia.
- Use la vía nasal en pacientes en coma o agitados.
- Evalúe el ritmo cardiaco del paciente ya que el procedimiento con sondas grandes incrementa el riesgo de desarrollar arritmias.

EQUIPO

- Sonda Levin.
- Xilocaina jalea.



- Riñonera.
- Jeringa de 20 cc.
- Esparadrapo.
- Vaso de agua.
- Guantes.
- Fonendoscopio.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Prepare psicológicamente al paciente y explíquele el procedimiento.
- Coloque al paciente en fowler o sentado en silla, si no está contraindicado, realice ligera hiperextencion de la cabeza.
- Lávese las manos.
- Entréguele al paciente la riñonera y papel higiénico si su condición lo permite.
- Mida desde el pabellón auricular hasta la nariz y de allí hasta la apófisis xifoides, a fin de establecer la medida de la sonda a introducir.
- Lubrique el extremo de la sonda con xilocaina.
- Introduzca la sonda por la fosa nasal más permeable o por la boca.
- Ofrezcale al paciente agua, para que al deglutir facilite el paso de la sonda.



- Verifique que la sonda se encuentra en cavidad por cualquiera de los siguientes signos:
 1. aspirar hasta obtener jugos gástricos.
 2. introduciendo aire y auscultar en región epigástrica.
 3. introduciendo el otro extremo de la sonda en un recipiente con agua, verificando que no hay salida de aire.
- Una vez verificado el sitio de inserción, ciérrela o déjela a drenaje.
- Quítese los guantes y fije la sonda con cinta adhesiva sobre el dorso de la nariz.



- Deseche residuos según protocolo.
- Lávese las manos.
- Realice los cuidados con el equipo y déjelo en orden.
- Elabore registros clínicos según protocolo.

4.2 LAVADO GASTRICO

DEFINICION

Es la extracción del contenido gástrico por medio de una sonda nasogástrica introducida previamente y por la cual se hacen pasar soluciones que desactiva la acción de líquidos o sustancias acumuladas.

OBJETIVOS

- Extraer sustancias tóxicas, venenosas o contenido gástrico acumulado.



- Prevenir o disminuir la absorción de una carga elevada de nitrógeno.
- Prevenir la aspiración de sangre.

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Evite el lavado gástrico cuando se han ingerido sustancias corrosivas.
- Corrobore ubicación de la sonda antes del procedimiento.
- No introduzca más de 500 cc en la cavidad gástrica.

EQUIPO

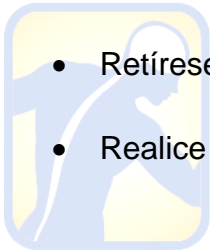
- Equipo para cateterismo gástrico.
- Bolsa con solución salina.
- Recipiente para recolectar líquido extraído.
- Guantes.
- Equipo de venoclisis.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Explique el procedimiento al paciente, si su estado lo permite.
- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- Realice el procedimiento de cateterismo según protocolo.



- Inserte al orificio de la sonda nasogastrica el equipo de venoclisis con solución salina.
- Permita que el liquido fluya por gravedad y retorne por sifón.
- Repita el paso anterior hasta que el liquido de retorno sea claro.
- Si el paciente, durante el procedimiento presenta nauseas y vomito, suspéndalo.
- Durante el lavado observe el color y la consistencia del liquido de retorno.
- Deje la sonda o retírela según orden médica.
- Deseche residuos según protocolo.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Realice registros clínicos según protocolo.





5. RELACIONADOS CON LA ELIMINACION

5.1 COLOCACION Y RETIRO DEL PATO

DEFINICION

Procedimiento encaminado a facilitar al paciente imposibilitado para movilizarse de la cama, la eliminación vesical o intestinal en el pato.

OBJETIVOS

- Facilitar la evacuación intestinal o vesical.
- Proporcionar privacidad al paciente.
- Brindar comodidad al paciente.

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Dejar solo al paciente si su estado lo permite.
- Procurar hábitos que favorezcan el proceso de digestión.

EQUIPO

- Pato.
- Papel higiénico.
- Jarra con Agua y jabón.
- Guantes.



PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Lávese las manos.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Levante un poco la parte superior de la cama.
- Colóquese guantes.
- Indique al paciente que doble las rodillas y se apoye en los talones para levantar las caderas si no está contraindicado.
- Pásele el pato o colóqueselo si el paciente no puede hacerlo.
- Déjelo solo un tiempo prudencial en posición fowler.
- Acérquele papel higiénico para su limpieza.
- Realice limpieza de la parte anterior a posterior si el paciente no puede hacerlo Por sí mismo.
- Retire el pato de la misma manera que se lo coloco.
- Proporciones elementos para el lavado de manos del paciente.
- Deje al paciente limpio y cómodo.
- Deseche residuos en el baño de pacientes.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Elabore registros clínicos según protocolo



5.2 CATETERISMO VESICAL

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se introduce una sonda por medio del meato urinario para obtener una muestra de orina, evacuar vejiga o colocar líquidos.

OBJETIVO

- Cuantificar y vigilar líquidos eliminados.
- Tomar muestra de orina.
- Evacuar vejiga.

PROCEDIMIENTO

- Observe medidas de bioseguridad.
- Suspenda el procedimiento si encuentra obstrucción que dificulte el paso de la sonda.
- Emplee estricta técnica aséptica.
- Escoja el calibre de la sonda de acuerdo a las características del paciente.
- Cerciórese de la cantidad de aire o líquido necesarios para insuflar el balón correctamente y pruébelo antes de realizar el cateterismo.
- Evite desocupar completamente la vejiga en grandes distensiones por peligro de hematuria.
- Localice bien el meato urinario para evitar contaminar la sonda.



- Mantenga siempre la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga del paciente.
- No infle el balón hasta no estar completamente seguro que este en vejiga.
- Antes de realizar el procedimiento asegúrese que el paciente no haya eliminado por lo menos en media hora.
- Evite el procedimiento en pacientes con malformaciones en el tracto genitourinario.

EQUIPO

- Guantes estériles.
- Suero fisiológico o agua estéril.
- Riñonera y equipo para lavado genital.
- Sonda de nelaton o foley según calibre seleccionado.
- Pato.
- Lubricante (xilocaina jalea, glicerina u otros).
- Si la sonda es permanente agregue al equipo:
 - Jeringa.
 - Cistofló.
 - Esparadrapo.





PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Prepare psicológicamente al paciente y explíquele el procedimiento.
- Lávese las manos.
- Coloque al paciente en posición adecuada, hombres y niños en decúbito dorsal y mujeres en posición ginecológica.
- Colóquese los guantes, realice lavado genital externo según protocolo.
- Deje lista la sonda, jeringa y agua estéril.
- Cambiense los guantes.
- Lubrique el extremo proximal de la sonda y manténgala enrollada en la mano dominante.
- Si es mujer, separe cuidadosamente los labios mayores y menores para identificar el meato urinario e introduzca lentamente hasta que salga orina.
- Si es hombre manténgalo en la posición decúbito dorsal, dígame que separe levemente las piernas, sostenga el pene en un ángulo de 45° e introduzca dentro de la uretra hasta que salga orina.
- Si es necesario recolecte la muestra de la orina en un frasco para el fin.
- Cuando comience a gotear la orina y la sonda no sea permanente, retírela.
- Cuando sea permanente, insufla el balón con agua, solución salina o agua estéril, según capacidad comprobada.
- Conecte la sonda al cistofló.



- Asegure la sonda con un esparadrapo al muslo si es mujer. Si es hombre fíjela entre el pene y la cresta iliaca, alternando los lados para evitar la formación de divertículos o fístulas en la uretra.
- Deje al paciente limpio y cómodo.
- Lave y deje el equipo en orden.
- Rotule y envíe al laboratorio las muestras relacionadas.
- Deseche residuos según protocolo.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Elabore registro clínico según protocolo.



5.3 CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y DE LIQUIDOS ELIMINADOS.

DEFINICION

Es el control exacto de líquidos que ingresan y egresan al paciente por las diferentes vías, para establecer el balance hidroelectrolítico en un periodo determinado de tiempo no superior a 24 horas.

OBJETIVOS

- Valorar el estado general del paciente.
- Realizar balance estricto y veraz de los líquidos administrados y eliminados.
- Detectar e informar oportunamente cualquier alteración en la administración o eliminación de líquidos.
- Identificar alteraciones hidroelectrolíticas oportunamente.



PRECAUCIONES

- Observe normas de bioseguridad.
- Mida con exactitud los líquidos administrados y eliminados.
- Debe hacerse el registro en cada medición y balance en cada cambio de turno y a las 24 horas.
- Identifique signos de deshidratación en el niño que se le refleja en apnea, hipotensión, hiperazohemia, etc. Esto es debido a que su gran comportamiento de agua celular impide la manifestación de los signos tradicionales (pliegue cutáneo, etc.).

- Explique claramente en la hoja de líquidos el tipo de solución administrada y forma de eliminación.

EQUIPO

- Envase medidor de líquidos.
- Registros clínicos.
- Guantes.
- Bascula.
- Calculadora.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- **INFORMESE CON PRECISION DE LA SITUACION**



- Lávese las manos.
- Colóquese guantes.

LIQUIDOS ADMINISTRADOS:

- Registro de líquidos parenterales:
 - Si usa buretrol revise que lo ordenado haya sido infundido, de lo contrario revise llaves, equipo de venoclisis, goteo de infusión.
 - Proceda a pasar el buretrol la cantidad de solución ordenada para la siguiente hora.
 - Registre los líquidos administrados en la casilla correspondiente.
 - Realice los controles horarios o según orden médica, dependiendo de las necesidades del paciente.

LIQUIDOS ELIMINADOS:

- DIURESIS:
 - Mida el volumen de la orina (pañal pesado, bolsa recolectora de orina o cistofló y observe características.
 - Registre la cantidad de orina en la casilla correspondiente de la hoja de control de líquidos.
- DEPOSICIONES:
 - Registre características de deposición en la hoja de control de control de líquidos.
 - Realice reposición de perdidas si está indicado.
 - Lave y deje el equipo en orden.



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

- Deje al paciente limpio y cómodo.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Totalice los líquidos eliminados cada 6 horas, y luego un total para 24 horas.
- Informe oportunamente cualquier alteración detectada.



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



12. MANEJO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVAS

DEFINICION

Es la atención de enfermería prestada al paciente que se encuentra en crisis hipertensiva. La hipertensión arterial se presenta por el aumento en las cifras de tensión arterial sistólica por encima de 90mm/Hg. La crisis hipertensiva se basa exclusivamente en la detección de la elevación brusca de la tensión arterial en relación con las cifras tensionales habituales del paciente. Hay que tener presente que cifras tensionales por encima del rango no constituyen crisis hipertensivas si la elevación se ha producido en forma paulatina, sino debido a una hipertensión arterial mal controlada

OBJETIVOS

- Mantener cifras tensionales dentro de los rangos normales
- Identificar oportunamente daño en órgano blanco
- Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro

EQUIPO

- Equipo de signos vitales
- Equipo de venopuncion
- Equipo de toma de muestra de laboratorio
- Equipo de oxigenoterapia
- Equipo de administración de medicamentos



- Tensiómetro

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Observar precauciones generales
- Lavarse las manos y colocarse los guantes
- Realizar la medición de la tensión en ambos brazos
- Canalizar vena e instalar líquidos endovenosos o catéter heparinizado
- Vigilar estado de conciencia
- Tomar muestras de sangre
- Administrar oxígeno según prescripción
- Administrar medicamentos según ordenes
- Dar apoyo emocional al paciente con el fin de disminuir la angustia
- Realizar control de líquidos administrados y eliminados
- Procurar reposo absoluto y evitar situaciones que puedan perturbarlo
- Dar información al familia sobre el estado de salud
- Desechar residuos
- Elaborar registros clínicos.



13. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ULCERAS EN MMII

DEFINICIÓN

Actividades de enfermería encaminadas a agilizar el proceso de cicatrización realizando curaciones y educando al paciente y su familia. Las úlceras de miembros inferiores son frecuencia causadas por venas varices

OBJETIVOS

- Promover el proceso de cicatrización
- Disminuir la estancia hospitalaria
- Brindar educación al paciente y su familia

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad
- Disminuya la ansiedad del paciente
- Utilice medidas de aislamiento si existe herida contaminada
- Proteja las úlceras de los MMII con almohadas para evitar roces con elementos extraños
- Lave los pies una vez al día
- Seque los pies cuidadosamente sobre todo en la parte interdigital pero evite roces o frotos enérgicos
- Mantenga MMII elevado



EQUIPO

- Equipo de curaciones
- Parches y/0 cremas
- Equipo para administración de medicamentos

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Observe precauciones generales
- Lavarse las manos y colocarse guantes
- Explicar el procedimiento al paciente para disminuir el estrés, ansiedad, angustia y preocupación
- Explicar al paciente y su familia la situación clínica y al importancia de su participación
- Administrar analgésicos media hora antes de hacer las curaciones si esta indicado
- Valorar detalladamente la ulcera, identificando tamaño, zona de necrosis, infección, flebitis
- Realizar curaciones
- Proteger la integridad de la piel circundante a la ulcera
- Cubrir la ulcera con apósito y vendaje elástico
- Realizar ejercicios pasivos para evitar retracciones del miembro afectado



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

- Desechar residuos
- Educar al paciente y a su familia de la responsabilidad del autocuidado, dieta y curaciones
- Elaborar registros clínicos



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



OXIGENOTERAPIA

Descripción

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofertar una mayor de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia

Indicaciones

Hipoxemia asociada a hipo ventilación (el pulmón esta normal la falla es a nivel muscular)

Hipoxemia no asociada a hipo ventilación (O₂ alveolar reducido, Deficiencia en la función alveolar capilar, deficiencia de hemoglobina anemia y/o intoxicación con monóxido de carbono, desequilibrio ventilación perfusión, insuficiencia circulatoria)

Hipotensión, bradicardia, respiración superficial, hipoventilación, cianosis, paciente portado de trauma en uno o mas órganos, intranquilidad ansiedad, cefalea, confusión.

Contraindicaciones

Pacientes que presentan confusión, inquietud, letargo, diaforesis, palidez, taquicardia, taquipnea e hipertensión, posterior a administración prolongada de oxígeno



Persona Responsable

Licenciada en Enfermería

Recursos Humanos:

Enfermera y Técnica de Enfermería

Equipo y material

- Canula binasal, mascara de oxigeno , equipo de ventura
- Balon de oxigeno, (de no tener sistema empotrado)
- Un equipo de aspiración

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo.2. Colocar señales de "Prohibido fumar oxigeno en uso".3. Educar al paciente al respecto de la indicación de no fumar.4. Verificar la orden medica(cantidad y Presión)5. Lavarse las manos.6. Verificar el funcionamiento del oxigeno empotrado o en balón(cantidad suficiente)	<ol style="list-style-type: none">1. Disminuye el temor y facilita su colaboración, ahorra tiempo y energía.2. Evitar accidentes.3. Promueve seguridad al paciente y visitantes.4. Asegurar la cantidad de oxigeno necesario.5. Reduce la trasmisión de microorganismos.6. Evita los contratiempos y facilita



<p>7. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo.</p> <p>8. Conectar el medidor de flujo con una fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento del medidor del flujo y del humidificador. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito.</p> <p>9. Conectar la tubuladura de la máscara de oxígeno con el humidificador y el medidor de flujo.</p> <p>10. Abrir la llave de Oxígeno.</p> <p>11. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si es curva se debe conectar hacia abajo en dirección hacia el piso de las fosas nasales.</p> <p>12. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.</p> <p>13. Si se usa mascarilla colocarlo sobre la nariz boca y mentón ajustándola banda elástica alrededor de la cabeza.</p> <p>14. Comprobar el flujo de oxígeno.</p> <p>15. No cerrar los agujeros de las mascarillas.</p> <p>16. Recordar al paciente y familiar los riesgos de fumar en la habitación.</p> <p>17. Lavarse las manos.</p>	<p>una atención mas rápida al paciente.</p> <p>7. Proporciona oxígeno húmedo. El agua corriente o solución salina deja depositar los minerales. El agua evita que fluya este en dirección retrograda hacia el medidor de oxígeno.</p> <p>8. Asegura que le equipo funcione.</p> <p>9. Entra oxígeno humidificado a la máscara.</p> <p>10. Inicia el flujo de gas.</p> <p>11. Evita lesiones en la mucosa nasal. Evita la fricción ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno.</p> <p>12. Fijar la cánula y que no se deslice por movimientos.</p> <p>13. Mantener la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla. Si se esta utilizando la máscara de reservorio cubra su dedo índice o pulgar con un paño limpio y ocluya la abertura de la bolsa de reserva para que el O₂ fluya</p>
--	--



18. Realizar las notas de enfermería

hasta llenar la bolsa antes de colocarla en el paciente.

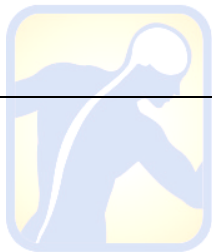
14. Verificar la concentración de oxígeno prescrito, ajustar en caso sea necesario.

15. La acumulación de bióxido de carbono puede conducir a la sofocación del paciente.

16. Por que el oxígeno puede producir combustión y ocasionar un incendio.

17. Reduce la transmisión de microorganismos.

18. Permite una información oportuna sobre la evolución del paciente.





ASPIRACIONES DE SECRECIONES

Descripción

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

Indicaciones

Cuando el paciente con secreciones pulmonares no es capaz de toser

En pacientes portadores de elementos que facilitan la ventilación (TET, tubo de mayo)

Contraindicaciones

No precisa

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería

Recursos Humanos:

Enfermera y Técnica de Enfermería

Equipo y material

- Un equipo de aspiración
- Dos envases para agua estéril
- Una sonda de aspiración



- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.2. Verificar el funcionamiento del equipo que este listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.3. Lavado de manos4. Colocarse los guantes estériles.5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.6. Repetir no mas de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia)9. Apagar el equipo de Aspiración,	<ol style="list-style-type: none">1. Favorece la colaboración y participación del paciente. Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento.2. Ahorra tiempo y energía. Las aberturas de la sonda impiden la irritación de la mucosa al distribuir la presión negativa de aspiración en diversas partes.3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.4. Evita el riesgo de contaminación.5. Las vías respiratorias están cubiertas de una mucosa que se lesiona con facilidad con medios mecánicos. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.6. La repetición del procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancia extrañas8. La identificación de las características es parte de la valoración del pacientes



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

descartar la sonda y gasas.

10. Retirar los guantes.

11. Dejar cómodo al paciente y Realizar
notas de enfermería

11.El registro permite la comunicación entre
el equipo de salud



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



NEBULIZACIONES

Descripción

La nebulización permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O2 o aire en forma de vapor.

Indicaciones

En pacientes con dificultad para expulsar las secreciones respiratorias, con respiraciones profundas ineficaces y tos o intensos no exitosos con métodos mas simples.

Contraindicaciones

Pacientes con insuficiencia cardiaca

Persona Responsable

Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta

Equipo y material

- Fuente de Oxígeno
- Conexión de Oxígeno
- Set de Nebulización
- Suero Fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento.



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.2. Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno.3. Lavado de manos.5. Colocar el nebulizador y administrar el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts x'6. Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.7. Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos e inicie la fisioterapia respiratoria.8. En el intervalo señalado brindarle agua tibia para que beba.9. Después de terminada las nebulizaciones indicadas esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma SO₂ y flujometría final.10. Registrar el procedimiento en la hoja de evolución del HC	<ol style="list-style-type: none">1. Disminuye el temor y favorece su participación.2. Ahorra el tiempo y el esfuerzo.3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.4. Permite valorar de forma inicial la saturación de oxígeno de nuestro paciente5. Favorece la evaporación para que sea inhalado por el paciente.6. Favorece la expansión de los pulmones.7. Facilita la movilización de secreciones y su eliminación a nivel pulmonar8. Fluidifica las secreciones permitiendo su eliminación.9. Permite valorar la Saturación de Oxígeno y ver si ha sido efectiva la nebulización10. Mantiene informado al equipo de Salud.



TERAPIA RESPIRATORIA

Descripción

Es la utilización conjunta de tres terapias para la movilización de las secreciones pulmonares: Drenaje postural, percusión torácica y la vibración.

La fisioterapia pulmonar debe seguirse de una tos productiva, pero puede aplicarse aspiración si la capacidad para toser del paciente es ineficaz

1. . Percusión torácica: consiste en percutir alternamente la pared torácica sobre la zona a drenar
2. Vibración : es una especie de presión, que se aplica a la pared torácica solamente durante la espiración
3. Drenaje postural, utiliza técnicas de posición para extraer las secreciones de segmentos específicos pulmonares y de los bronquios hacia la traquea

Indicaciones

Acumulo de secreciones demostrado por presencia de roncales

Dificultad por si mismo del paciente en la expectoración de las secreciones.

Contraindicaciones

Percusión toracica:

Pacientes con trastornos hemorrágicos, osteoporosis, fracturas de costillas

Vibración



Lactantes y niños pequeños

Persona Responsable

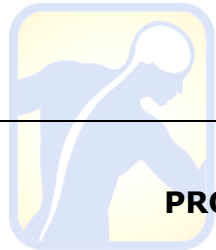
Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta.

Equipo y material

- almohadillas
- Soluciones oleosas



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>Percusión torácica:</p> <p>1. Colocar la mano de forma que el dedo pulgar y el resto de los dedos se toquen y que la mano quede ahuecada. Aplicando percusión sobre la superficie de la piel.</p> <p>2. Se alterna el movimiento de las manos contra la pared torácica sobre una tela sencilla, no sobre botones, corchetes o cremalleras</p>	<p>La percusión sobre la superficie de la pared torácica envía ondas de amplitud y frecuencia variable a través del tórax. La fuerza de estas ondas de puede modificar la consistencia del esputo o desprenderlo de las paredes de las vías aéreas</p> <p>Permite desconcentrar la percusión en una zona permitiendo mayor campo de acción</p>



3. Tener precaución de percutir zonas pulmonares y no las regiones escapulares

Vibración

Se aplica presiones a la pared torácica durante la espiración

Drenaje postural

El procedimiento puede abarcar la mayoría de los segmentos pulmonares

Bilateral:

- Fowler alta

Segmentos apicales. Lóbulo superior derecho: segmento anterior

- Sentado en un lado de la cama
- Supino con la cabeza levantada

Lóbulo superior izquierdo: segmento anterior

- Decúbito supino con la cabeza elevada

Lóbulo superior derecho segmento posterior

Aumenta la velocidad y turbulencia del aire exhalado

Facilita la eliminación de secreciones

Incrementa la espiración del aire atrapado y puede facilitar el desprendimiento de la mucosidad e inducir la tos

Las diferentes posiciones permitan hacer el uso de la gravedad par el desprendimiento de las secreciones siendo facilitada por la tos y la aspiración de secreciones



- Decúbito lateral con el lado derecho del tórax elevado con una almohada.

Lóbulo superior izquierdo: segmento posterior.

- Decúbito lateral con el lado izquierdo del tórax elevado con almohadas

Lóbulo medio: segmento anterior

- Decúbito supino, tres cuartas partes, junto con Trendelenburg.

Lóbulo medio: segmento posterior

- Decúbito prono con el tórax y el abdomen elevados

Ambos lóbulos inferiores : segmentos anteriores

- Decúbito supino en posición de Trendelenburg

Lóbulo inferior Izquierdo: segmento lateral

- Decúbito lateral derecho en posición de Trendelenburg.

Lóbulo inferior derecho Segmento lateral

- Decúbito lateral izquierdo en posición de Trendelenburg

Lóbulo inferior derecho : segmento posterior

- Decúbito prono con el lado derecho del tórax elevado y en posición de



Trendelemburg.

Ambos lóbulos inferiores : segmentos posteriores

- Decúbito prono en Trendelemburg

NIÑO

Bilateral: segmentos apicales

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado ligeramente hacia delante, flexionado sobre una almohada

Bilateral: segmentos medios anteriores

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado sobre la enfermera

Bilateral segmentos anteriores

- Decúbito supino sobre las rodillas de la enfermera, con la espalda apoyada en una almohada



REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO

Descripción:

La Reanimación Cardiopulmonar es una serie de respiraciones de emergencia que llevan oxígeno a los pulmones de la víctima, combinadas con compresiones pectorales que mantienen la sangre circulante oxigenada.

Al atender una situación de emergencia cardiorrespiratoria o ante un paciente en aparente colapso cardiovascular, se asume una secuencia de acciones ordenadas que eviten omisiones y prevengan errores, como el exceso de intervención o intervenciones incompletas.



Indicaciones:

1. Paro Cardiorrespiratorio

Materiales:

Cánulas orofaríngeas, nasofaríngeas,
Dispositivos bolsa-válvula-máscara)

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
Evaluar el estado de conciencia de la	Omitir este paso pone en riesgo la



victima.

Realiza ABCD Primario

Vía Aérea:

Evaluar vía aérea

Explora la boca par extraer cuerpo extraños.

Realizar la maniobra cabeza - mentón

Determinar si el paciente respira.

Realiza Maniobra M-E-S (mirar, escuchar sentir)

Si en paciente no respira:

Iniciar respiración de apoyo

Respiración boca a boca

Debe mantenerse abierta la vía aérea del paciente, ocluir la nariz y sellar su boca con la boca el reanimador.

Se procede a una inspiración profunda y ocluyendo la boca del paciente con la boca, se sopla lentamente por 2 segundos cada vez, comprobando visualmente que el tórax se expande con cada

iniciación de las intervenciones.

Permite reconocer la situación de un paro cardiorrespiratorio e iniciar maniobras de resucitación

Permite valorar el estado de ventilación del paciente

Los cuerpos extraños podrían evitar una ventilación espontanea

Las maniobras Cabeza-Mentón permiten que, en ocasiones, víctimas que no respiraban inicien su respiración nuevamente al facilitar la circulación de aire por la vía respiratoria.

La respiración boca a boca es una manera rápida y efectiva para suministrar alguna fracción de oxígeno, ya que el aire que espiramos contiene suficiente oxígeno para satisfacer las necesidades de soporte



insuflación; se programa una ventilación cada 4 a 5 segundos, de manera que se cumplan unas 10 a 12 respiraciones por minuto.

Cuando se dispone de oxígeno suplementario, se deben utilizar velocidades de flujo de 8 a 12 litros por minuto el reanimador debe optar por ofrecer un volumen corriente que mantenga la saturación de oxígeno y provoque expansión torácica visible. Si no hay oxígeno suplementario, el reanimador debe intentar suministrar el mismo volumen corriente de aire, recomendado en la respiración boca a boca (10 mL/kg, 700 a 1.000 mL) en 2 segundos.

Verificar el Pulso

Comprobada la ausencia de respiración e iniciado el soporte respiratorio con dos o cinco insuflaciones, se procede a examinar el componente circulatorio.

El lugar indicado para palpar el pulso es la arteria carótida del lado más cercano al examinador. Se mantiene extendida la cabeza del paciente con

La ausencia de pulso indica paro cardíaco y necesidad de practicar compresiones torácicas; este dato, sin embargo, no es absoluto porque puede ser difícil palpar el pulso en algunas personas.



una mano sobre la frente (si no hay contraindicación por trauma) y se localiza el cartílago tiroideo; se deslizan dos dedos en el surco entre la tráquea y los músculos laterales del cuello y se aplica presión suave a fin de no colapsar la arteria; ahora se concentra la atención en detectar durante cinco a diez segundos si hay pulso palpable. Si no hay pulso palpable, se inician compresiones torácicas.

Se sugiere una frecuencia de 100 compresiones por minuto para lograr flujo sanguíneo anterógrado adecuado durante la RCP.

La relación entre ventilaciones y compresiones en los adultos, sean efectuadas por un solo reanimador o por dos, debe ser de 15 por 2 ya que esta secuencia permite practicar mas compresiones torácicas por minuto.

Las compresiones deben practicarse sobre la mitad inferior del esternón; los brazos del reanimador se ponen a 90 grados con respecto al tórax del paciente, evitando doblar los codos y deprimiendo el tórax una tercera parte de su diámetro con cada

Las compresiones torácicas generan flujo sanguíneo al aumentar la presión intra torácica. Se considera que la sangre bombeada hacia los pulmones por las compresiones torácicas, acompañadas de soporte ventilatorio, suministran una cantidad adecuada de oxígeno a los órganos vitales hasta que se inicien maniobras avanzadas.

La mayoría de los eventos de colapso cardiorrespiratorio no traumático en un paciente adulto se acompañan de fibrilación ventricular. El tiempo entre el momento del colapso y la



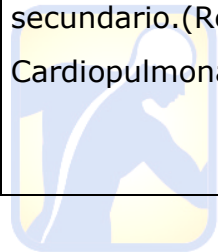
compresión.

Desfibrilación

Se determina si hay fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Si es así, se procede a desfibrilar y se inicia el ABCD secundario.

Si no hay fibrilación ventricular, se continúa la RCP y se inicia el ABCD secundario.(Reanimación Cardiopulmonar avanzada)

maniobra desfibriladora es un determinante individual definitivo para la supervivencia.





VENDAJES

Descripción

Los vendajes aplicados sobre o alrededor de los apósitos pueden proporcionar una protección y unos beneficios terapéuticos adicionales, Los vendajes pueden ser de bandas elásticas, de gasas, o tela. La finalidad de los vendajes es la de proporcionar:

Protección , seguridad, inmovilidad, dependiendo de su ubicación, .

Tipos

1. Circular
2. Espiral
3. Espiral cruzado
4. en ocho
5. recurrente
6. Vendajes especiales: Vendaje mamario, Abdominal, en T

Indicaciones

- Presión en región corporal
- Inmovilización de una región corporal
- Protegen una herida
- Reducción o prevención de un edema
- Fijación de una férula
- Fijación de un apósito



Contraindicaciones

- Abrusiones de piel

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería

Recursos Humanos:

Enfermera y Técnica de Enfermería

Equipo y material

- Vendas de acuerdo al tipo de vendaje

PROCEDIMIENTO.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Inspeccionar la piel en busca de alteraciones de la integridad, como abrasiones, alteraciones de la coloración, rozaduras o edemas	Cualquier alteración de la integridad de la piel contraindica la aplicación de un vendaje elástico.
2. Valorar el estado circulatorio, anotando la temperatura superficial, el color de la piel y la sensibilidad de la parte del cuerpo que se va a tapar.	Es importante controlar idoneidad de la circulación. La obstaculización de la circulación se puede detectar en forma de frialdad al tacto en comparación con la zona colateral, cianosis o palidez de la piel.



<p>3. Comprobar la indicaciones médicas y algunas especificaciones.</p> <p>4. Tener el equipo necesario completo (verificar si el vendaje que presenta el paciente puede ser reutilizable o es necesario un cambio). Tamaño y numero de vendas</p> <p>5. Explicar al paciente el procedimiento, haciendo hincapié en la presión que va a sentir.</p> <p>6. lavarse las manos</p> <p>7. Mantener la individualidad del paciente.</p> <p>8. Sostener el rollo de venda elástica con la mano dominante y utilizar la otra para sujetar con suavidad al comienzo de la venda en la zona distal de la región a vendar. Pasar siempre el rollo a la mano dominante a medida que se venda la zona.</p> <p>9. aplicar el vendaje desde la zona proximal. Utilizando las vueltas necesarias para cubrir varias zonas de partes del cuerpo</p> <p>10. Desenrollar y estirar ligeramente la venda, superponer las vueltas</p> <p>11 Fijar la primera venda antes de aplicar mas rollos.</p> <p>12. Evaluar la circulación distal al terminar la aplicación del vendaje ,al menos dos</p>	<p>Permite la especificación en la realización del procedimiento.</p> <p>El tamaño y ancho de las venda varia de acuerdo a la zona y la finalidad.</p> <p>Estimula la cooperación y reduce la ansiedad.</p> <p>Reduce la transmisión de infecciones</p> <p>Reduce la inquietud del paciente</p> <p>Mantiene una tensión del vendaje adecuada</p> <p>El vendaje se aplica de forma que se adapta uniformemente a la zona y favorece el retorno venoso.</p> <p>Mantiene una tensión uniforme del vendaje.</p> <p>Evita que la tensión sea desigual y que la circulación resulte obstaculizada.</p>
---	--



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
ENFERMERIA**

**FECHA
ACTUALIZACION
18/11/2014**

EDICION 3

horas durante las primeras ocho horas
13 Registrar la aplicación del vendaje y la
respuesta del paciente

Evita que el final de la venda se
suelte y se arrugue.

La detección precoz de las
alteraciones circulatorias asegura una
función neurovascular correcta.

Garantiza la continuidad del
tratamiento, permite la comunicación
entre el equipo de salud.



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



SUJECION MECANICA

Descripción

La seguridad es muy importante en la atención de un paciente violento, por ello, cuando éste pierde el control, no colabora e intenta agredir o auto agredirse, se hace indispensable la restricción física a través de la sujeción mecánica que se define como el acto mediante el cual un equipo entrenado domina físicamente e inmoviliza al paciente.

Indicaciones

- Agresión física a familiares, equipo de salud u otras personas que se encuentren alrededor del paciente.
- Intento de autoagresión del paciente que puede ser con objetos a su alcance.

Contraindicaciones

- Pacientes que presenten complicaciones físicas osteoarticulares que le dificulten la marcha o la manipulación de objetos.
- Pacientes con complicaciones vasculares a nivel de miembros superiores y/o inferiores.
- Pacientes con signos de sedación parcial o profunda.



Material

- Muñequeras de tela o algún material no abrasivo.
- Sábanas o frazadas.

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Coordinar con el médico y la familia la necesidad de la sujeción física en instantes que el paciente pierde el control.</p> <p>2. Evaluar el número de personas que serán necesarias para la reducción del paciente según su contextura física. En ocasiones, la sola presencia del personal de apoyo puede calmar al paciente lo suficiente como para hacerlo colaborar.</p> <p>3. Una vez tomada la decisión de realizar este procedimiento, se inicia una acción rápida y coordinada.</p> <p>4. Dar al paciente una explicación clara sobre su comportamiento, se le explica que está fuera de control y por lo tanto requiere ser controlado para evitar que se haga daño o dañe a otras personas.</p> <p>5. A partir de ese momento no hay mas</p>	<p>El trabajo coordinado mejora las condiciones de tratamiento del paciente</p> <p>Muchas veces una sola persona es insuficiente, dependerá de las características físicas del paciente (fuerza, estatura)</p> <p>El factor sorpresa no permitirá que el paciente adopte nuevas formas de evitar el tratamiento</p> <p>Aporta en la colaboración del paciente</p> <p>Las condiciones del paciente no le permiten entender y tomar decisiones acertadas</p>



<p>discusiones ni negociaciones con el paciente.</p> <p>6. Conducir al paciente a un ambiente más seguro deberá ser remitido a una institución.</p> <p>7. El paciente puede ser colocado con la cara hacia el suelo de tal forma que no pueda morder o dañar a alguien.</p> <p>8. Una vez asegurado, se usan sábanas o muñequeras, sujetando al paciente mecánicamente a la cama, inmovilizando las cuatro extremidades. En caso de ser necesario se puede utilizar una sábana alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones.</p> <p>9. Una vez que el paciente esta inmovilizado, se deben hacer revisiones periódicas con el fin de garantizar una posición cómoda y funcional, manteniendo una adecuada circulación sanguínea en cada una de las extremidades</p>	<p>Evita daños sobre agregados</p> <p>Evita que el personal sufra agresiones</p> <p>Los aditamentos no deben ser filudos asperos, de manera que no lesionen la piel del paciente</p> <p>Permite regular la fuerza de la sujeción, evitar complicaciones, y manejar la respuesta del paciente al tratamiento.</p>
---	--