



Manual de Procedimientos Generales en Enfermería

Código: MP.GM.DDSS.ARSDT.ENF.
28062021

Versión: 03

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento

Coordinación Nacional de Enfermería

2021

ELABORADO
POR:

Dra. Alma Estrella Carrillo Montes. Subdirectora Docente. Hospital San Vicente de Paúl.
Dra. Ileana Obando Hernández. ARSDT. Coordinación Nacional de Enfermería.
Dra. Lorena Gómez Alpízar. Subdirectora Docente. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Zeidy Vargas Bermúdez. Subdirectora Docente. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

VALIDADO
POR¹:

Dr. Helder Noguera Mena. Supervisor de Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dr. José Félix López Pérez. Enfermero Coordinador de Medicinas. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
Dr. Juan Miguel Rojas Arias. Subdirector de Educación. Hospital México.
Dr. Marco Vargas Chavarría. Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Alejandra Muñoz Fallas. Enfermera Servicio de Neonatología Hospital Nacional de Niños.
Dra. Alexandra Brenes Oporto. Enfermera Comité de Infecciones. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Alexandra Matamoros Salas. Enfermera Programa de Neumología. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Andrea Montoya Rodríguez. Enfermera de Cirugía. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Belinda Cervantes Méndez. Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Candy López Navarro. Enfermera Área de Emergencia. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Carmen Dinarte Artavia. Supervisora de enfermería. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Carol A. Hernández Rojas. Enfermera Área de Neurociencias. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Carolina Aguilar Montoya. Educadora en Servicio. Hospital San Rafael de Alajuela.
Dra. Carolina Calvo Jiménez. Enfermera Educadora Clínica. Hospital San Vicente de Paúl.
Dra. Cristina Herrera Sibaja. Jefe de Área de la Central de Esterilización. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Deidy Cerdas Bejarano. Enfermera Área de Recuperación. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Emory Samuel Tyndale. Supervisora de Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Faride Barrantes Morales. Enfermera de Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Geanina Carvajal Morales. Enfermera de la Clínica de Heridas. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Gerlin Peraza Contreras. Supervisora de Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Guiselle Castrillo López. Supervisora de Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Guiselle Orozco Valverde. Supervisora Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Ingrid Seas Moya. Enfermera Medicinas. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Jaqueline Monge Medina. CCSS. ARSDT. Jefe Coordinación Nacional de Enfermería.
Dra. Jaqueline Rodríguez Lobo. Directora de Enfermería. Hospital Carlos Luis Valverde Vega.
Dra. Jazmín Arias Obaldía. Enfermera Área de Recuperación. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Julet Edwards Loban. CCSS. RIPSSHA. Supervisora Regional de Enfermería.
Dra. Karen Álvarez Flores. Enfermera de Hemodiálisis. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Karina Arroyo Montoya. Enfermera de sala de Operaciones. Hospital San Vicente de Paúl.
Dra. Katherine Jiménez Diaz. Enfermera de Perfusionista. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Kimberlyn Astorga Castro. Enfermera Unidad de Diálisis Peritoneal. Hospital San Rafael de Alajuela.
Dra. María Elena Artavia Mora. CCSS. ARSDT. Subjefe Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Maricel Arce Ramírez. Enfermera Área de Recuperación. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Marisol Fernández Siles. CCSS. Hospital Nacional de Niños. Enfermera Unidad de Diálisis Peritoneal.
Dra. Marlen Villegas Sánchez. Enfermera Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Milena Arias Jiménez. Enfermera Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Nancy Salazar Conejo. Supervisora de enfermería. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Paula Brenes Astorga. Enfermera Comité de Infecciones, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Raquel Madrigal Méndez. Supervisora de enfermería. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Rita Brenes Solano. Supervisora de enfermería. Hospital Nacional de Niños.
Dra. Valeria Barboza Cascante. Enfermera Programa soporte Nutricional. Parenteral. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Virginia Zeledón Cruz. Educadora en Servicio. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.
Dra. Xinia Porras Méndez. Subdirectora de Enfermería. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
Dra. Yorlenny Rojas Sandí. Jefe de Área de Ginecobstetricia y Neonatología. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

	Dra. Zeidy Ramírez Campos. Educadora en Servicio. Hospital Carlos Luis Valverde Vega. Dra. Zeneida Cortez Sevilla. Enfermera Clínica de Broncopulmonar. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
<i>REVISADO POR:</i>	Dr. Mario Mora Ulloa. CCSS. Enlace Dirección Desarrollo de Servicios de Salud. Dra. Jaqueline Monge Medina. CCSS. ARSDT. Jefe Coordinación Nacional de Enfermería.
<i>Aprobado por:</i>	Dra. Karla Solano Durán. CCSS. Gerente Médico a.i., mediante oficio GM-9973-2021 (anexo # 1)
<i>Fecha de Emisión:</i>	2021
<i>Próxima revisión:</i>	2026
<i>Observaciones</i>	<p>La versión 3 incluye los siguientes cambios: se le coloca un código a cada procedimiento y se actualizan según revisión de nueva evidencia, se incluye un apartado de consideraciones generales, se cambia la estructura de presentación de los procedimientos agregando una columna con la justificación de los diferentes pasos a desarrollar, se mejora la descripción, se fusionan y se crean nuevos procedimientos de acuerdo a las necesidades presentadas por las unidades de trabajo.</p> <p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARSDT: Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento. • DDSS: Dirección Desarrollo Servicios de Salud. • RIPSS: Red Integrada Prestación Servicios de Salud. • CNE: Coordinación Nacional de Enfermería. <p>Para consultas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARSDT: 2339-1253, corrarsd@ccss.sa.cr • CNE: 2539-0915, secenfer@ccss.sa.cr <p>Declaración de Intereses</p> <p>Las autoras de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés, en la realización, no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en los temas abordados, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los contenidos de este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el equipo elaborador y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.</p>

Índice

Índice.....	4
Presentación.....	10
Introducción.....	11
Abreviaturas y símbolos.....	12
Metodología.....	13
Referencias normativas.....	16
Alcance.....	18
Objetivos.....	19
Responsable del cumplimiento.....	19
Responsable de verificar el cumplimiento.....	19
Contenido.....	20
Normas Generales.....	20
1. Técnica aséptica médica y quirúrgica.....	20
1. Precauciones estándares en la atención de la salud.....	22
2. Relaciones interpersonales funcionario - persona usuaria.....	23
3. Seguridad en la preparación, administración y registro de los medicamentos.....	23
5. Seguridad de la persona usuaria.....	25
Descripción de Procedimientos.....	26
1. Admisión y egreso de la persona usuaria.....	26
ENF 001. Admisión de la persona usuaria a un servicio de hospitalización.....	26
ENF 002. Egreso por mejoría o curación.....	29
ENF 003. Egreso del menor de edad.....	32
ENF 004. Egreso o salida exigida.....	34
ENF 005. Egreso por traslado a otra unidad del hospital.....	36
ENF 006. Egreso por traslado a otro establecimiento de salud.....	38
ENF 007. Egreso por fuga.....	40
ENF 008. Egreso por fallecimiento.....	42
2. Unidad de la persona usuaria.....	44
ENF 009. Limpieza y desinfección de la unidad de la persona usuaria.....	44
ENF 010. Limpieza de la incubadora cerrada.....	47
ENF 011. Limpieza de la incubadora abierta.....	51
ENF 012. Vestir cama cerrada.....	54
ENF 013. Vestir cama ocupada.....	56

ENF 014. Vestir cama de anestesia.....	59
ENF 015. Vestir cama con arco de protección.....	61
ENF 016. Vestir camilla de exploración y traslado.....	63
3. Higiene de la persona.....	65
ENF 017. Baño en cama.....	65
ENF 018. Lavado de cabello.....	70
ENF 019. Higiene de la cavidad bucal.....	72
ENF 020. Aseo genital.....	75
ENF 021. Colocar y retirar el bidé u orinal.....	80
ENF 022. Baño del recién nacido.....	84
ENF 023. Preparación del cuerpo de la persona usuaria fallecida.....	87
4. Técnicas asépticas.....	91
ENF 024. Lavado de manos común.....	91
ENF 025. Lavado de manos clínico.....	93
ENF 026. Higiene de manos con solución antiséptica.....	95
ENF 027. Colocación y retiro de la bata estéril.....	98
ENF 028. Colocación y retiro de guantes quirúrgicos.....	100
ENF 029. Colocación y retiro del equipo de protección personal (EPP).....	103
5. Movilización de la persona.....	108
ENF 030. Cambios posturales de la persona usuaria.....	108
ENF 031. Cambio postural de pronación.....	112
ENF 032. Traslado de la persona usuaria de la cama a la camilla.....	116
ENF 033. Traslado de la persona usuaria de la cama a la silla de ruedas y viceversa.....	118
ENF 034. Movilización de una persona con el uso de grúa.....	121
ENF 035. Método de contención mecánica.....	124
6. Medición de constantes vitales, líquidos y medidas antropométricas.....	127
ENF 036. Medición de temperatura con termómetro digital.....	127
ENF 037. Medición del pulso.....	129
ENF 038. Medición de la frecuencia respiratoria.....	131
ENF 039. Medición de la oximetría de pulso.....	133
ENF 040. Medición de la presión arterial con monitor no invasivo.....	135
ENF 041. Medición del índice tobillo – brazo (ITB).....	137
ENF 042. Medición del peso.....	141
ENF 043. Medición de talla.....	144
ENF 044. Medición de circunferencia cefálica y abdominal.....	146

ENF 045. Medición de líquidos ingeridos y excretados.....	149
7. Cuidados de heridas	151
ENF 046. Curación.....	151
ENF 047. Retiro de grapas y suturas.....	157
8. Administración de medicamentos	160
ENF 048. Preparación y aplicación de medicamentos por vía oral y sublingual.	160
ENF 049. Administración de medicamentos por vía rectal.....	164
ENF 050. Preparar y administrar medicamento por vía intradérmica.....	168
ENF 051. Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	172
ENF 052. Administración de medicamentos por vía intramuscular.....	176
ENF 053. Administración de la medicación por vía endovenosa	182
ENF 054. Administración de fluidoterapia (soluciones y preparados).	187
ENF 055. Administración de medicamentos por vía nasal	191
ENF 056. Administración de medicamentos por vía cutánea	195
ENF 057. Administración de medicamentos por vía ótica.....	198
ENF 058. Administración de medicamentos por vía oftálmica	201
ENF 059. Administración de medicamentos por vía vaginal.....	205
ENF 060. Administración de medicamentos por terapia de aerosol con macro nebulizador o micro nebulizador.....	209
ENF 061. Uso del inhalador.....	214
ENF 062. Administración de oxigenoterapia con dispositivos de bajo y alto flujo	222
9. Dispositivos invasivos.....	227
ENF 063. Medición y retiro de dreno.....	227
ENF 064. Curación de catéter venoso central	230
ENF 065. Canalización de acceso vascular periférico	234
ENF 066. Retiro del catéter periférico corto.	239
ENF 067. Colocación de sonda nasogástrica	242
ENF 068. Retiro de sonda nasogástrica.....	247
ENF 069. Lavado gástrico.....	249
ENF 070. Colocación de sonda vesical fija.....	252
ENF 071. Retiro de sonda vesical fija.....	259
ENF 072. Lavado vesical e irrigación continua	262
ENF 073. Colocación de sonda rectal y enema evacuante.....	267
ENF 074. Lavado de cánula de traqueotomía.	270
10. Aspiración de secreciones	274

ENF 075. Aspiración de secreciones nasofaríngeas y orotraqueales	274
ENF 076. Aspiración endotraqueal de secreciones	278
11. Alimentación	285
ENF 077. Alimentación asistida.....	285
ENF 078. Alimentación enteral por sonda nasogástrica.	288
12. Recolección de muestras.	292
ENF 079. Recolección de muestra de orina y urocultivo.	292
ENF 080. Recolección de muestra de secreción bronquial con expectoración inducida y con trampa estéril.	298
ENF 081. Recolección de muestra de heces.....	302
13. Otros procedimientos.	305
ENF 082. Colocación de diferentes tipos de vendajes.	305
ENF 083. Preparación de la persona usuaria en el periodo preoperatorio programado.	310
ENF 084. Electrocardiografía	315
ENF 085. Ventilación con bolsa válvula y mascarilla (BVM o bolsa de ambú).....	319
ENF 086. Asistencia para realizar paracentesis.	322
ENF 087. Diálisis peritoneal aguda (DPA).	325
Referencias.....	331

Presentación

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a través de la Coordinación Nacional de Enfermería impulsa la actualización de las herramientas de gestión clínica utilizada por los profesionales en Enfermería y el personal colaborador durante la atención integral de las personas, familias y comunidades. Actividades que están contempladas en el Plan Anual Operativo.

La actualización e implementación del Manual de Procedimientos Generales de Enfermería, se fundamenta en el marco normativo institucional, las políticas de seguridad institucional y las características del quehacer y el ser de Enfermería dentro de la organización que ofrece servicios de salud ^{2,3}.

El manual unifica los criterios para efectuar los diferentes procedimientos de Enfermería, en los tres niveles establecidos para la atención de las personas usuarias del sistema costarricense de Seguridad Social, de manera que se disminuya la diversidad de acciones o criterios y se homogeniza la ejecución de los procedimientos; aspecto fundamental por considerar debido a la complejidad funcional de la institución.

El documento responde a la necesidad institucional de contar con una herramienta que estandariza y sirva de consulta para el personal de Enfermería y los estudiantes. Así mismo sea un apoyo en los procesos de inducción, re-inducción, y evaluación de los funcionarios de Enfermería en la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta actualización del manual incorpora evidencia científica que fundamenta el actuar durante la ejecución de cada procedimiento, de manera que oriente al personal de Enfermería a la mejora continua de los cuidados.

Por su parte la Coordinación Nacional de Enfermería, emitió el oficio ARSDT-ENF-0092-2020, solicitando al nivel operativo, la revisión del manual, los aportes son incorporando al documento y la versión final es validada en el año 2021.

Dra. Karla Solano Durán
Gerente Médico a.i.
Caja Costarricense de Seguro Social

Introducción

Es de interés de la Coordinación Nacional de Enfermería la actualización del Manual de Procedimientos Generales en Enfermería en respuesta a la política de seguridad institucional, relacionada con la calidad en la atención sanitaria.

Este documento constituye un instrumento indispensables para la intervención efectiva y eficiente de los usuarios en los diferentes escenarios de atención. Describe las actividades de enfermería en forma secuencial para cada uno de los procedimientos del quehacer de esta disciplina.

Se afirma: “Un Manual de Procedimientos debidamente elaborado, permite al funcionario de la institución o empresa conocer claramente qué debe hacer, cómo, cuándo y dónde debe hacerlo, conociendo también los recursos y requisitos necesarios para complementar una determinada tarea”.⁴

El manual tiene como fin establecer lineamientos para la ejecución de los procedimientos de enfermería aplicados en las personas usuarias atendidas en todos los tres niveles de atención; así como fortalecer el cuidado de Enfermería mediante instrucciones de trabajo que guíe al funcionario y favorezca el desarrollo de las prácticas de los estudiantes durante el proceso formativo.

Cabe señalar que la creación del manual ofrece algunas ventajas tales como: la disminución en la pluralidad de la práctica clínica, favorecer una atención más justa y equitativa a la persona usuaria, unificar criterios de acción que sirven de punto de partida para evaluar la calidad del proceso asistencial, adicionalmente define en forma detallada y secuencial las de acciones de los procedimientos clínicos cuyo fin es ofrecer los cuidados de una forma sistemática, con respaldo ético legal a la práctica asistencial al constituir los procedimientos con carácter normativo, lo anterior proporciona al personal de enfermería seguridad en su quehacer cotidiano y garantiza calidad de atención a los usuarios.⁵

Los procedimientos clínicos son instrumentos de protocolización, se definen como una secuencia pormenorizada de acciones por llevar a cabo en una situación dada, tratan de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados.⁶ Para este manual se estructuran con su respectiva definición, objetivos, materiales/equipo, actividades, justificación y consideraciones por tomar en cuenta durante su ejecución.

Una vez finalizado el manual de procedimientos, se solicitó su revisión mediante oficio ARSDT-ENF-0092-2020. Posteriormente, el grupo de trabajo realizó una revisión y un análisis de los resultados de la evaluación y aceptación del manual a nivel operativo e incorporó los aportes brindados en los casos correspondientes, emitiendo una versión final del documento validado en el año 2021.

Abreviaturas y símbolos

AARC: Guías de la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios.

ARSDT: Área de Regulación, Sistematización Diagnóstico y Tratamiento.

cc: centímetros cúbicos.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

cdta: cucharadita.

cm: centímetros

°C: centígrados.

DP: decúbito prono.

DPSS: Dirección de Proyección Servicios de Salud.

DS: decúbito supino

EGO: examen general de orina.

EKG: electrocardiograma.

ENF: enfermería.

EPP: equipo de protección personal.

F_{IO2}: frecuencia inspiratoria de oxígeno.

G: gauge.

GM: Gerencia Médica.

h: hora.

Hb: hemoglobina.

HNN: Hospital Nacional de Niños.

IM: intramuscular.

IV: intravenoso.

Kg: kilogramos

kPa: presión de aire

l: litro.

ml: mililitro.

mm: milímetros.

MMHG: milímetros de mercurio.

MT: Manual técnico.

mV: minivoltios.

NVO: nada vía oral.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PA: presión arterial

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

PDF: documento formal portable.

PEEP: presión positiva al final de la espiración.

PIC: presión intracraneal.

%: porcentaje.

PRN: por razón necesaria.

P: pulso.

RN: recién nacido.

SC: subcutáneo.

SNG: sonda nasogástrica.

TAM: técnica aséptica médica.

TAMQ: técnica aséptica médica y quirúrgica.

TET. tubo endotraqueal.

TPT: tiempo parcial de trombina.

VO: Vía oral.

Web: dirección de internet.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 13 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Metodología

En el año 2012 la Coordinación Nacional de Enfermería, solicitó a un grupo de Profesionales de enfermería de diversas instituciones del Sistema de Seguridad Social de todos los niveles de atención realizar la actualización del Manual de Procedimientos de Enfermería, quienes lo llevaron a cabo mediante el manejo de la validación del documento por medio de la metodología Delphi modificada⁷ RAN/UCLA, primera y segunda ronda. La publicación del documento se realizó en el mes de noviembre del año 2014.

En el año 2017, dirigidos por la Coordinación Nacional de Enfermería, se inicia la actualización del manual por un grupo de profesionales de enfermería nombrado “Comisión de Revisión Manual de Procedimientos de Enfermería”, con experiencia en el campo clínico, docente, administrativo e investigación, quienes revisan y actualizan los procedimientos en dicho documento.

La Comisión estableció como metodología de trabajo en primera instancia la consulta a diferentes profesionales de enfermería expertos de los diferentes escenarios de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que realizaran aportes y observaciones al manual de procedimientos por revisar. Además, se realizan consultas a personas expertas y observación de técnicas en el campo laboral, así como revisión documental.

Para describir los procedimientos se toma en cuenta el conocimiento y evidencia científica, los principios de la técnica aséptica médica y quirúrgica, el enfoque ético y bioético, el fundamento legal, insumos requeridos, seguridad de la atención y aspectos gramaticales de la lengua española.

Esta actualización del manual incluye algunos procedimientos ya establecidos en la versión del año 2014, sin embargo fueron revisados y se le incorporó aspectos generados por el avance científico y por experiencias del quehacer profesional en los diferentes escenarios de atención. Por otra parte debido a necesidades actuales, se incluye nuevos procedimientos, que son revisados y autorizados por la Coordinación Nacional de Enfermería.

El Manual se edita y actualiza con un formato de presentación en versión de documento formal portable (PDF) y en plataforma digital de acceso libre a consultas y descargas en línea. La versión en PDF se estructura en trece apartados: índice, introducción, justificación, abreviaturas, alcances y campo de acción, objetivo general y específicos, metodología, estructura del procedimiento, referencias normativas, leyes y reglamentos, normas generales, descripción de cada uno de los procedimientos y bibliografía.

El índice contiene una lista de los procedimientos con su respectivo nombre, se clasifican por afinidad y se enumeran con un código que va desde ENF 001 al ENF 087. En la parte de la introducción se describen aspectos generales relacionados con las características del Manual de Procedimientos de Enfermería. La justificación describe el motivo de la creación y revisión del

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 14 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

documento. Las abreviaturas incluyen un listado de las que se utilizan en el documento, sirven de guía y aclaración al respecto. El alcance y campo de aplicación describe al personal de salud responsable de la socialización, el control y seguimiento de la aplicación de los contenidos del manual en cada procedimiento.

Por otra parte, se plantea el objetivo general y específico del manual, en la metodología se detalla la elaboración y presentación del documento. Luego se describe la estructura de cada procedimiento indicando los elementos que incluye cada uno. Las referencias normativas definen el campo de acción del documento y el apartado de leyes y reglamentos en lista por número, nombre de ley o reglamento y el año de aprobación de la publicación respecto de las que se relacionan con el desarrollo del manual. Se incluye el apartado de normas generales, son conceptos generales que sirven de base en la ejecución de los procedimientos tales como los principios científicos relacionados con la técnica aséptica médica y quirúrgica, recomendaciones en la manipulación de equipo y soluciones estériles, las precauciones estándares de la atención de salud, algunos tópicos principales que se deben considerar durante las relaciones entre el personal de salud y la persona usuaria.

Así mismo se agregan aspectos generales concernientes con la seguridad en la administración de medicamentos, características de los registros afines con los procedimientos y la importancia de la nota de enfermería. Todos los elementos relevantes para garantizar seguridad de la persona usuaria en los diferentes escenarios de atención. El apartado de descripción de los procedimientos detalla aspectos de cada uno de ellos según la estructura e incluye: nombre del procedimiento, código, definición, objetivo, material y equipo, actividades de enfermería con su justificación y consideraciones. Finalmente la bibliografía hace referencia a las fuentes bibliográficas consultadas para la fundamentación científica del documento.

La estructura digital se encuentra dividida en secciones y subsecciones, según se destaca:

1. Página principal: incluye el índice, un acceso que le permite escribir el nombre del procedimiento y accederlo o posicionar el cursor sobre el nombre en el índice y hacer clic en el botón izquierdo del ratón para su despliegue en apartados referentes al procedimiento seleccionado.
2. Disponibilidad de todo el manual en versión PDF, el cual tiene la opción de descargar e imprimir.
3. Además, cuenta con un link para contactar a los miembros de la comisión de revisión y actualización del manual, y así enviar los comentarios y sugerencias por parte del consultor.
4. Cuenta con la opción de compartir a través de diferentes redes sociales.
5. Cada procedimiento se accede en diferentes opciones independientes de la siguiente forma: nombre, código, fecha de revisión definición, normas generales, objetivo, material y equipo, actividades de enfermería, justificación, consideraciones, imágenes y bibliografías donde se detalla las principales referencias bibliográficas citadas y consultadas durante el proceso

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 15 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

de revisión y actualización. En algunos de ellos es posible acceder al artículo original pulsando sobre la dirección Web que lo acompaña.

6. Se dispone el acceso al documento en forma general en versión PDF o por secciones, según sea el interés del consultante.

Para visualizar un procedimiento basta con posicionar el cursor sobre él y hacer clic en el botón izquierdo del ratón. Inmediatamente aparecerá la totalidad del procedimiento en formato PDF.

El manual se encuentra disponible en formato electrónico en la siguiente dirección: <https://ccssvcgimgf/manuales/>.

Las sugerencias para la modificación del procedimiento las cuales se requiera enviar para la actualización de este serán a través de la plataforma digital en la sección de contactos y deberán acompañarse del criterio clínico y el respaldo bibliográfico respectivo.

Estructura del Procedimiento.

Cada uno de los procedimientos se estructura de manera uniforme con los siguientes elementos:

1. **Nombre:** se describe el título del procedimiento por desarrollar.
2. **Código:** se enumera con las siglas ENF y se inicia en el 001.
3. **Definición:** breve explicación de la naturaleza del procedimiento para ubicar el contexto de este.
4. **Objetivo:** se describe el fin que se desea alcanzar con el procedimiento.
5. **Material y equipo:** son los insumos y activos utilizados para la ejecución del procedimiento, en concordancia con la existencia de estos en la institución según la complejidad del escenario de acción.
6. **Actividades de Enfermería:** corresponde a las acciones por realizar en forma secuencial bajo los principios de las técnicas de asepsia médica y quirúrgica que rige cada procedimiento.
7. **Justificación:** fundamenta en forma científica la acción secuencial descrita en el procedimiento.
8. **Consideraciones:** alguna situación relevante ya sea de orden clínico, científico o administrativo que se requiera aclarar en relación con el procedimiento para su mejor comprensión, así como medidas de seguridad que se deben tomar en cuenta para disminuir riesgos laborales o eventos adversos en la persona usuaria.



Referencias normativas

La normativa hace referencia a un conjunto de normas, reglas, o leyes, las cuales generalmente existen dentro de una organización⁷.

Una normativa es la agrupación de todas aquellas normas que son o pueden ser aplicables en una materia específica, teniendo en cuenta que estas son un precepto jurídico o ley, la cual regula la conducta de un individuo en una sociedad o espacio determinado, y permite así la regulación de ciertas actividades. Debe respetarse por todos aquellos sujetos hacia quienes se dirige. Su incumplimiento amerita una sanción o pena para el infractor.

El Manual de procedimientos constituye un conjunto de criterios fundamentados de acuerdo con la evidencia científica y el criterio de expertos, para realizar los diferentes procedimientos en Enfermería en los distintos niveles y escenarios de atención de acuerdo con la normativa vigente, congruente con la naturaleza propia del manual. Este es de referencia y acatamiento obligatorio en las instituciones de salud de la CCSS. Para la fundamentación del mismo se consideran las referencias normativas incluidas en el siguiente cuadro

Cuadro 1. Referencias de las normas que se aplican en el

Número	Nombre de la normativa y año
NA	Constitución Política de La República de Costa Rica. Actualización 16-04-2012
Ley 5395	Ley General de Salud Pública, 1973
Ley N° 5.476	Código de Familia, 1973
7085	Ley Estatuto de Servicios de Enfermería, 1987
Decreto 18190-S	Reglamento Estatuto de Servicios de Enfermería, 1988
Ley 7184	Ley Convención sobre los derechos del niño, 1990
Ley 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia, 1998
Sesión Junta Directiva CCSS, N° 7308	Código de Ética del servidor del Seguro Social. 1999
68	Código Civil, 2000
Ley 8111	Ley General de Vacunación, 2001
Ley 8131	Ley Administración financiera y presupuestos públicos, 2001
Ley 7935	Ley Integral para la Persona usuaria Adulta Mayor y su reglamento, 2002
30945-S	Reforma Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, 2003
Ley 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Octubre 1943
Ley 7494	Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento, 2005



8239	Reglamento de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, leyes No.8239 y su reglamento, 2005
Ley 8292	Ley General de Control Interno, 2006
	Política y Normas de la CCSS. Reglamento interior de trabajo Caja Costarricense Seguro Social, 2007
	Normas institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, 2007
Ley 6227	Ley General de Administración Pública. 2008
Diario Oficial La Gaceta N°18 d	Código de Ética y Moral Profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2009
Sesión Junta Directiva CCSS, N° 8954	Reglamento del Expediente Digital Único en Salud, 2018.
8314	Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS No. 8314, 2009
Ley 8839	Ley para la gestión integral de residuos, 2010
	Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, 2009
GL-DPI-MO-001	Manual de Operación para el Procesamiento de Ropa Usada Hospitalaria en la Caja Costarricense de Seguro Social, 2013
Ley 2343	Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2012
	Manual Institucional de Normas de Atención Perio-peratoria, 2012
DAJ-FP-118-2013	Normas Nacionales de Vacunación, 2013
37552-S	Manual de bioseguridad para Establecimientos de Salud y afines, 2014
Ley 9234	Ley Reguladora de Investigación Biomédica, 9234, 2014
EVEL.GM.19122014, 2014.	Manual Operativo 2013, Lineamientos para el manejo de ropa en la zona de aislamiento de pacientes con EVEL.GM.19122014, 2014, 2014
	Norma Institucional para el manejo de desechos Anatomopatológicos, 2015
MT.GM.DDSS.ARSDT -110116 Versión 02	Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención, 2016
L.GM.DDSS-ARSDT - 03072017-V01	Lineamientos: abreviaturas, símbolos y siglas Técnicas aplicadas en los Registros de Enfermería, 2017
MT.GM.DDSS.ARSDT .ENF.002 Versión 040215	Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión, 2018
MP.GM.DDSS.091018	Manual de Procedimientos Atención del Recién Nacido con Enfoque de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia, 2018
M.GM.DDSS- ASCSAVE-20022019	Manual de procedimientos de limpieza y desinfección para el control de infecciones asociadas a la atención en salud, 2019

Fuente: Elaboración propia.



Alcance

Este manual de procedimientos está dirigido a las personas usuarias que requieren de la atención directa del personal de enfermería, para lo cual las actividades se han estandarizado en la ejecución de los procedimientos de enfermería.

Para su elaboración se consideraron las políticas de operación, normas y lineamientos de la disciplina, los cuales unifican los criterios relacionados con los diferentes procedimientos que se ejecuten como parte del cuidado de enfermería. Dentro del manual se establece a los profesionales en enfermería como responsables de la supervisión, control y operativización de los procedimientos.

Este manual de procedimientos es de acatamiento obligatorio para todos los funcionarios de la disciplina de enfermería, estudiantes, contratistas u otras personas quienes laboran en los tres niveles de atención de salud de la CCSS. La ejecución de los procedimientos se realiza tras la delegación y supervisión directa o indirecta por parte del profesional en Enfermería.



Objetivos

Objetivo general

Establecer lineamientos para la ejecución de los procedimientos de Enfermería utilizados en el cuidado de la persona usuaria, para una atención eficaz y eficiente, que responda a la necesidad institucional de contar con una herramienta que apoye los procesos de inducción, re-inducción y evaluación de los funcionarios de Enfermería en los tres niveles de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Objetivos específicos

1. Unificar criterios en relación con la terminología, estructura, materiales, equipos, actividades y el contenido de los procedimientos de Enfermería.
2. Respalda el criterio de los profesionales de Enfermería sobre las actividades y principios en la ejecución del procedimiento requeridos para la atención de las personas usuarias.
3. Apoyar el proceso de inducción, reinducción, enseñanza técnica y profesional relacionado con la ejecución de los procedimientos de Enfermería.
4. Fortalecer la atención segura de las personas usuarias mediante la aplicación de procedimientos estructurados científicamente.
5. Delimitar el ámbito de acción y nivel de responsabilidad de los miembros del equipo de Enfermería.

Responsable del cumplimiento

El manual de procedimientos es de acatamiento obligatorio para todo el personal de Enfermería que labora en los tres niveles de atención.

Responsable de verificar el cumplimiento

Los profesionales en Enfermería que se desempeñan como jefaturas, coordinadores y encargados de unidad en los tres niveles de atención, serán los responsables de velar por el cumplimiento de la ejecución de los procedimientos según se describen en el manual.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 20 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.311014

Contenido

Normas Generales


1. Técnica aséptica médica y quirúrgica

Al realizar los procedimientos de Enfermería, es importante considerar aspectos relacionados con la técnica aséptica, ella constituye un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana. Su objetivo es prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud durante el cuidado de las personas usuarias. Se clasifica en técnica aséptica médica o técnica limpia y técnica aséptica quirúrgica o técnica estéril. Dentro de los procedimientos que comprende se establece: lavado de manos, equipo protección personal (EPP), uso de material estéril, limpieza y desinfección de piel previa a los procedimientos, mantenimiento de un ambiente más seguro (campo estéril) en el área quirúrgica o de procedimientos.^{8,9}

La técnica aséptica médica y quirúrgica (TAMQ) incluye el uso de material estéril, el cual debe cumplir con los siguientes requisitos: empaque íntegro, limpio y seco, control químico externo virado, fecha de vencimiento y supervisar método de esterilización.^{10,11}

Como requisitos mínimos para el manejo del material estéril se considera:^{12,13,14}

- Manipular el material con manos limpias y secas.
- Confirmar la fecha de caducidad de la esterilidad.
- Comprobar la integridad de los empaques y sellos.
- Verificar el viraje del control químico externo¹⁵.
- Comprobar ausencia de materia orgánica a primera vista.
- Abrir los equipos sin contaminar su interior.
- Almacenar los equipos en superficies limpias y secas.
- Almacenar transitoriamente en estantes secos y libres de polvo.
- Manipular el equipo utilizando movimientos suaves sin agitar o mover bruscamente el contenido.
- La utilización de equipo estéril para realizar procedimientos requiere del uso de guante estéril.
- Evitar presionar el material al ser almacenado.¹⁶

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 21 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

- Asegurar por parte del asistente del procedimiento no tocar la parte interna del material, para lo cual debe presentar el material levantándolo al operador introduciendo los dedos o la mano debajo del envoltorio.
- Evitar manipular el equipo posterior al proceso de esterilización más de cinco veces, de lo contrario se debe re-esterilizar.

Se define como “campo estéril” toda área libre de microorganismos, que puede ser miembro del equipo, equipos o mobiliario. Las medidas para mantener el campo estéril son: lavado de manos, EPP (uso de gorro, botas, mascarilla, delantal y guantes estériles), abrir el material según técnica.

En todos los procedimientos se debe aplicar los siguientes principios de la técnica aséptica médica y quirúrgica, a saber:^{16,17,18}

1. Un objeto estéril se considera contaminado cuando entra en contacto con otro que no está estéril.
2. Los materiales estériles se contaminan cuando se humedecen.
3. Toser, hablar, estornudar sobre el campo estéril contamina los materiales y equipos.
4. Pasar las manos, brazos u objetos sobre el campo estéril contamina los materiales y equipos.
5. Se considera contaminado 2.5 cm del borde hacia adentro del campo estéril.
6. La espalda de las personas se considera contaminada, por lo tanto no se debe dar la espalda al campo, materiales y equipos estériles.
7. A mayor exposición de los materiales y equipos al medio ambiente, mayor riesgo de contaminación.
8. Las corrientes de aire acarrean microorganismos, el material estéril debe permanecer descubierto el menor tiempo posible.
9. Los materiales y equipos estériles deben mantenerse por encima de 90 cm del piso.
10. Los movimientos alrededor del campo, equipos y materiales estériles deben reducirse al mínimo.
11. Todo equipo estéril fuera de su empaque se considera contaminado.
12. Todos los empaques de los equipos y materiales deben mantenerse íntegros previo a su utilización.
13. Los equipos con fecha de caducidad vencida se consideran contaminados.

Recomendaciones para manipular y evitar contaminar el contenido de los recipientes, durante la ejecución de los procedimientos:

- Los bordes de un recipiente se consideran contaminados, por lo cual se debe descartar una porción de líquido, pues por arrastre mecánico se elimina los microorganismos.
- El borde externo de la tapa no es estéril, por tal razón se debe tener cuidado de no contaminar la solución al manipular la tapa.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 22 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

- Después de abrir un tapón o tapa, se sostiene en la mano o se coloca el lado estéril (interno) hacia arriba sobre una superficie limpia, de forma que pueda verse su interior.¹⁹
- Al verter una solución, el recipiente debe sostenerse con la palma de la mano del lado de la etiqueta para evitar que la solución se impregne en la misma.¹⁹
- La solución que se deposite en otro recipiente, no se devuelve a su envase original aunque no se hayan utilizado.

1. Precauciones estándares en la atención de la salud

Al realizar los procedimientos el personal sanitario debe considerar lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con las precauciones estándares mínimas en la atención de la salud, para el control de las infecciones durante la atención de las personas. “Estas precauciones incluyen higiene de las manos, uso de guantes, bata, protección facial (ojos, nariz y boca), prevención de pinchazos de agujas y otros instrumentos afilados, higiene respiratoria y etiqueta de la tos, limpieza ambiental, ropa blanca, eliminación de desechos y equipo para atención de pacientes”.²⁰

En la descripción de las actividades relacionadas con la ejecución de los procedimientos está establecida la utilización del Equipo de Protección Personal (EPP). Incluye lentes, y mascarilla como medidas mínimas de protección. Utilizar delantal en procedimientos que generan riesgo de salpicaduras, cuando se va a tener contacto con los fluidos corporales, la piel y ropa de la persona usuaria o al manipular objetos contaminados. A pesar de que los guantes se consideran parte del componente del EPP se describen independientes para enfatizar el momento de colocación y retiro al ejecutar el procedimiento.

Una práctica fundamental antes, durante y después de un procedimiento es la higiene de manos en los cinco momentos de la atención de la persona usuaria o mediante el lavado clínico de manos^{21,22,23,24}. Además, se tiene las siguientes consideraciones:

1. El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.
2. Una eficiente higiene de manos (estrategia multimodal), evita las infecciones cruzadas.
3. Se debe cumplir con la norma institucional básica para ejecutar una adecuada higiene de manos, como son:
 - Tener uñas naturales, cortas (al borde de las yemas de los dedos), sin esmaltes.²⁴
 - Antes del lavado de manos retirar el reloj.
 - Realizar una fricción vigorosa entre los dedos y debajo de las uñas.
 - Previo al inicio de la jornada laboral se debe retirar todos los objetos u accesorios personales que cargue consigo (joyería, celular, corbata u otros).
 - Utilizar los siguientes insumos: agua, jabón antiséptico y toallas de papel.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 23 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSST.CNE.311014

La ejecución de los procedimientos conlleva la generación de residuos comunes y biopeligrosos²⁵ (puncocortantes, infecciosos) especiales (químicos, radiactivos y los farmacéuticos)²⁶, anatomopatológicos²⁷, deben clasificarse correctamente desde su lugar de origen y descartarlos tomando en cuenta la normativa institucional en relación con el manejo de desechos, con el fin de garantizar la protección de los funcionarios, personas usuarias y el medio ambiente.

2. Relaciones interpersonales funcionario - persona usuaria

Durante la ejecución de los procedimientos se debe considerar la relación de los funcionarios con la persona usuaria que utilizan los servicios de salud en los tres niveles de atención, al vincular técnicas correctas de comunicación, principios fundamentales de la bioética, derechos y deberes de la persona usuaria establecidos en las normativas nacionales e internacionales.

Desarrollar una adecuada relación con la persona usuaria permite elaborar una valoración más exhaustiva de sus necesidades, por lo tanto, el proceso de comunicar es la base y eje para planificar los cuidados de Enfermería y ejecutar los diferentes procedimientos.²⁸

Al llevar a cabo los procedimientos, una de las acciones que se debe considerar es la identificación correcta del individuo y la obtención del consentimiento informado. Este corresponde al principio de autonomía, el cual es parte de los fundamentos de la bioética. De igual manera los principios de beneficencia y no maleficencia deberán garantizarse a través de la ejecución correcta de las actividades descritas en los diferentes procedimientos, pues optimizan la seguridad de la persona usuaria.^{29,30}

3. Seguridad en la preparación, administración y registro de los medicamentos

Para garantizar seguridad a las personas usuarias, el procedimiento de preparación, administración y registro de medicamentos requiere de los siguientes cuidados: ^{15,31}

1. Aplicar la técnica aséptica médica y quirúrgica al preparar y administrar medicamentos.
2. Verificar los siguiente:
 - **Paciente correcto:** se debe comprobar la identidad de la persona usuaria.³²
 - **Medicamento correcto:** antes de preparar el medicamento es necesario identificar el medicamento, la familia a la que pertenece, revisar fecha de caducidad, aspecto y color del contenido. Conocer la acción y dosis terapéutica, dosis toxica, efectos secundarios, antídoto y /o antagonista. En caso de duda consultar y no administrar el medicamento hasta verificar. Descartar cualquier medicamento que no esté correctamente identificado, según Norma para Descartar medicamentos no utilizables 2007.
 - **Dosis correcta:** la dosis debe estar anotada claramente, en caso de duda consultar.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 24 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014


- **Vía de administración correcta:** verificar la vía de administración, la cual debe estar anotada, consultar si no aparece en la prescripción.
- **Hora correcta:** siempre se debe cumplir con el horario, especialmente en caso de: antibióticos, antihipertensivos y tratamientos oncológicos entre otros.
- **Registro correcto de medicamentos en el EDUS:** todo medicamento indicado debe ser registrado, ya sea que se administre o no, documentar el motivo o causa para la cual no se administra, aunque sea PRN. Investigar y documentar si la persona usuaria sufre de alergias y descartar interacciones farmacológicas. Educar a la persona respecto a los medicamentos que se le administra e informar si toma algún medicamento ajeno a lo prescrito.
- **Almacenar los medicamentos cuidando:** (temperatura, humedad, calor, luz, etc.).³³

4. Criterios de calidad para el registro del procedimiento en la nota de enfermería

La nota de Enfermería se documenta en el EDUS de acuerdo con la estructura según el modelo SOAPE: Subjetivo(S), Objetivo(O), Apreciación(A), Plan(P), Evaluación (E), mismo que fue establecido a nivel nacional por la Coordinación Nacional de Enfermería desde el año 2014. La misma incluye los registros clínicos relacionados con la persona usuaria, estos conforman la evidencia escrita de los cuidados, recibidos, por lo que se constituye en documento legal. Es por excelencia un medio de comunicación y de consulta entre los profesionales de la salud, por lo tanto, su correcta elaboración favorece la atención de la persona usuaria.³⁴

Por otra parte describe en forma detallada lo relacionado con la ejecución de los procedimientos, la condición, la conducta, la evolución de la persona, la educación y hallazgos del procedimiento. Los aspectos mínimos que se deben registrar en la nota de enfermería relacionados con el procedimiento son los siguientes:

- Indicación del procedimiento.
- Consentimiento verbal y/o escrito por parte de la persona usuaria.
- Signos y síntomas de alerta.
- Actividades del cuidado de enfermería: pre, trans y posterior al procedimiento.
- Condición en que queda la persona posterior al procedimiento.
- Hallazgos encontrados durante el procedimiento.
- Tipo de procedimiento, respuesta de la persona usuaria durante la ejecución, complicaciones y eventos adversos.
- Funcionario que ejecuta el procedimiento.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 25 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

5. Seguridad de la persona usuaria

La seguridad es un componente esencial y crítico de la calidad de la atención sanitaria. Para garantizarlo se requiere un enfoque preciso y directo sobre los aspectos relacionados con la aparición de eventos adversos tales como: su prevención, los sistemas de información, los profesionales quienes desarrollan los procesos y la participación activa de los usuarios como un garante más de su seguridad. Por lo tanto, se requiere llevar a cabo una gestión dirigida a la prevención de riesgos, la cual, además de propiciarse con una correcta organización asistencial y quede reflejada en el quehacer diario de los profesionales.

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del usuario con el objetivo de coordinar, impulsar y crear compromiso en el desarrollo y puesta en marcha de líneas de acción orientadas a la mejora en la seguridad del usuario a nivel mundial. Uno de los campos de acción de la Alianza es el desarrollo de “Soluciones para la seguridad del paciente” definidas como: “Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria”.³⁵

El protocolizar y estandarizar los procedimientos clínicos de Enfermería contribuye a fomentar la seguridad de las personas durante el proceso de cuidado que lleva a cabo el personal de Enfermería.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 26 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Descripción de Procedimientos

1. Admisión y egreso de la persona usuaria

ENF 001. Admisión de la persona usuaria a un servicio de hospitalización.

Definición: es la admisión de la persona usuaria a una unidad de atención específica de un establecimiento de salud.

Objetivo: proporcionar a la persona usuaria y acompañante la información y orientación necesaria para el proceso de adaptación al internamiento, fomentando una relación de confianza, y obtener la información necesaria para elaborar el Proceso Atención de Enfermería (PAE)³⁶

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de Enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Solicitud de Hospitalización.
2. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
3. Equipos para medición de constantes vitales.
4. Báscula.
5. Tallímetro.
6. Pulsera de identificación.
7. Identificación para la unidad.
8. Censo de pacientes.
9. Tarjetas de medicamentos.
10. Otros.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Recibir la información referente a la condición de salud de la persona usuaria. ³⁷	Agiliza el tiempo para coordinar los preparativos de la unidad, según sea el caso.
2. Preparar la unidad, según requerimientos y la condición clínica de la persona usuaria (monitor, aspirador, bombas de infusión entre otros).	Favorece la continuidad del cuidado y una atención oportuna.
3. Observar y valorar la condición de ingreso de la persona usuaria.	Favorece la atención en forma oportuna.
4. Verificar la Solicitud de Hospitalización.	Cumple con el requisito administrativo para el ingreso.
5. Presentarse con la persona usuaria y su acompañante.	Establece una relación de humanización y de empatía.
6. Ubicar a la persona usuaria en la unidad preparada, aplicando las medidas de seguridad y de protección.	Protege la intimidad y asegura un ambiente seguro.
7. Resguardar los objetos personales según la normativa institucional.	Disminuye el riesgo de pérdida de las pertenencias
8. Recibir y ubicar la documentación y estudios clínicos según los lineamientos del servicio.	Disminuye el riesgo de pérdida de las documentación.
9. Verificar que la persona usuaria tenga su pulsera de identificación con el nombre, número de cédula, servicio y número de cama. En caso de los recién nacidos colocar pulsera con sus datos personales en los miembros superior e inferior. ^{38, 39}	Favorece la seguridad de la persona durante la hospitalización.
10. Realizar la medición antropométrica y los signos vitales de la persona usuaria a su ingreso a la unidad, según procedimientos ENF 036, ENF 042 y registrar en el expediente de salud.	Facilita obtener información del estado físico basal al ingreso de la persona usuaria.
11. Valorar la funcionalidad y permeabilidad de los dispositivos y soluciones con que ingresa la persona usuaria.	Asegurar la continuidad del tratamiento y la terapia indicada e identifica posible eventos adversos.
12. Aplicar la etapa de valoración del PAE, (revisión de expediente, historial de enfermería, escala de valoración categorización, valoración clínica y examen físico), a la persona usuaria para continuar con las otras etapas del proceso de cuidado.	Favorece la atención en forma oportuna.
13. Orientar a la persona usuaria y su familia acerca de las normas hospitalarias: funcionarios que lo atenderán, ubicación física de la unidad, mobiliario, normativa hospitalaria, horarios de visitas y comidas, cuidado de	Promueve la adaptación al medio y la colaboración de la persona usuaria y sus acompañantes.



los objetos de valor, derechos y deberes, salidas de emergencia, disposición de desechos entre otras y se le entrega brochure con información. ³⁷	
14. Efectuar el plan de atención Enfermería de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria.	Favorece una atención de calidad.
15. Revisar las indicaciones médicas en el expediente de salud y llenar las tarjetas de medicamentos en caso necesario.	Favorece la atención de la persona usuaria en forma oportuna y segura.
16. Cumplir y coordinar las indicaciones que corresponden a la atención de la persona usuaria.	Beneficia la atención de calidad.
17. Identificar la unidad asignada con los datos de la identificación de la persona usuaria.	Previene eventos adversos.
18. Registrar el ingreso en el censo de hospitalización (de acuerdo con la normativa de cada centro hospitalario).	Cumple con la normativa y mantener actualizada la base de datos de la institución.
19. Comunicar al médico asignado el ingreso de la persona usuaria (considerar normas internas de cada unidad), para su respectiva valoración.	Favorece la atención de calidad.
20. Cumplir las acciones de cuidado en la atención de la persona usuaria.	Favorece la atención de calidad.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
22. Dejar a la persona usuaria cómoda y la unidad en orden.	Favorece la atención de calidad.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. El profesional en Enfermería elabora el PAE (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), fundamento del quehacer de Enfermería.
2. Ofrecer atención holística a la persona usuaria a través de la coordinación con otros miembros del equipo de salud.
3. Realizar una valoración inmediata al ingreso de la persona usuaria al servicio, con el fin de valorar su condición y necesidades de atención.
4. Considerar que la persona usuaria menor de edad, la información sobre normas, rutinas de la unidad, procedimientos a realizar, entre otros, se rige bajo el manual “Atención del Recién Nacido con Enfoque de Cuidados Centrados en el Desarrollo y Familia” misma que se le brindará a los padres de familia o encargados.⁴⁰



Egreso de la persona usuaria de un establecimiento de salud

Definición: es el procedimiento técnico administrativo, que se efectúa al ser dado de alta la persona usuaria por parte del personal médico.⁴¹ Se clasifica en los siguientes:

- Egreso por mejoría o curación.
- Egreso de menores de edad.
- Egreso exigido.
- Egreso de una unidad por traslado a otra.
- Egreso por traslado a otro hospital.
- Egreso por fuga.
- Egreso por fallecimiento.

ENF 002. Egreso por mejoría o curación.

Definición: es el conjunto de actividades por medio de las cuales se realiza los trámites administrativos para el egreso de la persona usuaria de la institución de salud.

Objetivo: realizar los trámites administrativos en forma óptima para el egreso de la persona usuaria de un establecimiento de salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de Enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Incapacidad, si procede.
3. Referencia médica o cita si procede.
4. Medicamentos (si procede).
5. Censo de personas usuarias.
6. Material y equipo requerido para el hogar (en caso necesario).
7. Epicrisis médica (si procede).
8. Referencia de Enfermería (si procede).



9. Medio de transporte adecuado a las necesidades de la persona usuaria (silla de ruedas, camilla, entre otros).
10. Solicitud de ambulancia (si procede).

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Valorar la condición de salud de la persona usuaria de acuerdo con el PAE.	Asegura una atención efectiva y oportuna.
2. Verificar en el expediente de salud la indicación médica de egreso de la persona.	Cumple con el trámite administrativo y legal.
3. Verificar que los registros de salida estén completos (epicrisis, referencia, incapacidad, nota de egreso, otros).	Cumple con el trámite administrativo y legal.
4. Revisar y cumplir las indicaciones médicas antes del egreso de la persona usuaria.	Asegura la continuidad de la atención libre de riesgo.
5. Retirar los dispositivos que tenga colocado la persona usuaria, si no se requiere para su cuidado.	Evita complicaciones y eventos adversos.
6. Coordinar con el profesional en Enfermería del programa de Alta Hospitalaria en la institución o con quién corresponda si requiere una educación o apoyo especial (enfermería, trabajo social, geriatría, nutrición, otros).	Agiliza el proceso de egreso y satisfacer las necesidades de la persona usuaria.
7. Informar a los familiares o encargados de la persona usuaria la indicación de egreso para las diferentes coordinaciones.	Minimiza complicaciones, eventos adversos e implicaciones legales
8. Coordinar oportunamente la solicitud de ambulancia si la persona usuaria requiere transporte.	Favorece una atención de calidad.
9. Retroalimentar a la persona usuaria, familiar o cuidador, con los conocimientos impartidos durante la hospitalización y explicar los cuidados en el hogar, (tratamiento, medicamentos, citas de control, retiro de suturas, curación de la herida, dieta, actividad con el reposo respectivo y otros cuidados generales según su patología). ⁴¹	Fomenta la recuperación y el auto cuidado.
10. Realizar oportunamente el trámite con la farmacia de los medicamentos que requiere la persona usuaria para su egreso.	Asegura la continuidad del tratamiento y la terapia indicada.
11. Establecer las coordinaciones necesarias con la familia o cuidador para el préstamo de equipo, material u otros que lleve la persona usuaria al hogar.	Agiliza el proceso de egreso y satisfacer las necesidades de la persona usuaria.



12. Realizar la contrareferencia al nivel de atención correspondiente, según normativa institucional y condición de la persona usuaria y entregarle una copia.	Favorece la continuidad en la atención.
13. Solicitar al familiar o cuidador presentarse a la institución con los documentos de identificación de la persona usuaria para realizar el trámite de egreso.	Agiliza el proceso de egreso, satisface las necesidades de la persona usuaria y se cumple con los trámites administrativos.
14. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, indicando la intervención de egreso realizada con la persona y/o familiares (educación, referencias, estado de la piel, entre otros) de acuerdo con los criterios de calidad establecidos.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado en el documento médico legal.
15. Valorar si la persona usuaria requiere silla de ruedas o camilla y trasladarla al servicio de admisión o transportes con los documentos y pertenencias.	Agiliza el proceso de egreso y se cumple trámites administrativos.
16. Colaborar con la persona usuaria para abordar el medio de transporte de ambulancia en caso de que lo requiera.	Favorece la continuidad en la atención y mantiene la seguridad.
17. Retirar las tarjetas de medicamentos e identificación de la cama, proceder según normativa institucional.	Disminuir errores de identificación de las personas usuarias que ocupen la unidad.
18. Limpiar y desinfectar el mobiliario de la unidad de la persona usuaria, según procedimiento ENF 009.	Previene las infecciones cruzadas.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Comprar la micción espontánea posterior al retiro del catéter vesical, para prevenir complicaciones.
2. Orientar a la personas usuaria que egrese con dispositivos tales como: sonda vesical, sonda nasogastrica, entre otros, para el autocuidado en el hogar, de lo contrario suspender antes de su egreso.
3. Coordinar con el I y II nivel de atención el seguimiento de la persona usuaria.
4. Acompañar a la persona usuaria, familiar o cuidador al servicio de admisión, para garantizar los trámites administrativos y agilizar el proceso de egreso.



ENF 003. Egreso del menor de edad

Definición: es el conjunto de actividades por medio de las cuales se realizan los trámites administrativos para el egreso de una persona usuaria menor de edad de la institución de salud.

Objetivo: realizar los trámites administrativos para el egreso de la persona usuaria menor de edad cumpliendo con las medidas de seguridad para su retiro.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Solicitud de hospitalización
3. Documento legal de identificación del adulto.
4. Pulsera de identificación.
5. Autorización de retiro.
6. Carné de Salud.

Se debe cumplir con todos los pasos del procedimiento de Egreso por Mejoría o Curación, además las actividades de enfermería descritas a continuación:

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Comparar la identificación (cédula de identidad o pasaporte) proporcionada por la persona que va a retirar al menor y con la cual se registró al ingreso como responsable.	Medida de Seguridad.
2. Cumplir con la normativa institucional vigente en caso de egreso con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y tener autorización por escrito de Trabajo Social.	Medida de Seguridad.



3. Solicitar al responsable (una vez corroborada su identificación) que firme el retiro en la boleta de admisión.	La firma de los padres de familia o encargados es indispensable para el retiro del menor.
4. Comprobar que el recién nacido, cumpla con el esquema de vacunas y registrar en el documento respectivo.	Medida de protección contra enfermedades infectocontagiosas.
5. Verificar que el funcionario del Registro Civil realice el trámite de inscripción del recién nacido.	Medida de seguridad y se cumple con la legislación nacional.
6. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en un documento médico legal.
7. Limpiar y desinfectar el mobiliario de la unidad de la persona usuaria, según procedimientos: ENF 009, 010 y 011.	Previene las infecciones cruzadas.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. El Código de la Niñez y la Adolescencia establece lo siguiente:
 - El retiro del menor de edad solo puede realizarse por personas mayores de edad debidamente autorizadas y quienes porten los documentos legales (cédula de identidad, pasaporte, autorización u otros).
 - En casos especiales: la persona quien hospitaliza al menor y no puede retirarlo (familias que viven muy lejos, problemas de salud o trabajo, entre otros), tiene la alternativa de autorizar a otra persona. Para esto, debe enviar una autorización debidamente firmada y acompañada de copia de la cédula. El delegado debe portar su identificación. La autorización ha de ser clara y se deja al dorso de la boleta de admisión.
 - Si la persona menor de edad egresa con un funcionario de Trabajo Social, este debe firmar como responsable de su retiro.
 - Verificar con Trabajo Social el egreso de la persona menor de edad, donde documenta la funcionaria o institución autorizada para retirar al menor.
2. En caso de que el menor de edad egrese con epicrisis o referencias para el control, verificar que se le entregue a los padres o cuidadores, para dar continuidad a la atención con otros especialistas en el II y I nivel de atención.
3. Informar a los padres de familia o cuidadores sobre las pruebas de tamizaje (metabólico, auditivo, ocular, entre otros) pendientes de efectuar al menor de edad.
4. Referir al menor a la consulta de crecimiento y desarrollo del EBAIS.



ENF 004. Egreso o salida exigida

Definición: son las actividades por medio de las cuales se da trámite formal a la salida, a petición de la persona usuaria o el responsable legal sin autorización del médico tratante, cumpliendo con los requisitos establecidos.

Objetivo: realizar los trámites administrativos de egreso de la persona usuaria quien no desea continuar su proceso de atención de salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento


Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Formulario para transporte (PRN).
3. Solicitud de hospitalización.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Escuchar las razones que tiene la persona usuaria para solicitar la salida exigida.	Favorece un ambiente de confianza, comunicación y respeto a la autonomía.
2. Analizar la situación en conjunto con la persona usuaria: se debe aclarar su decisión y explicar que designe un testigo y cumplan con el trámite administrativo de la institución.	Favorece un ambiente de confianza y comunicación.
3. Notificar al médico y a la jefatura inmediata de Enfermería la decisión de la persona usuaria.	Se respeta la autonomía de la persona usuaria.
4. Verificar y gestionar la documentación legal, según la normativa institucional.	Se realiza el trámite administrativo correspondiente.
5. Realizar el trámite de egreso, según el procedimiento de ENF 002.	Respeto los derechos de la persona usuaria.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 35 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

6. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad. Dejar evidencia de la razón de la salida exigida y la atención ofrecida a la persona usuaria.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
--	---

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Por disposiciones jurídicas, amparado en el artículo 144 del Código Familia y el artículo 46 del Código Civil, la salida exigida no aplica a menores de edad.^{42, 43}
2. Los funcionarios de la institución, no deben fungir como testigos en la salida exigida.
3. La persona usuaria tiene derecho a retirar resultados de estudios especiales, tratamientos y otros, según la Ley de 8939.



ENF 005. Egreso por traslado a otra unidad del hospital.

Definición: es el conjunto de actividades que se realiza para el traslado de la persona usuaria de un servicio a otro en una misma institución.

Objetivo: realizar un traslado oportuno y seguro de la persona usuaria de un servicio a otro en la misma institución.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Camilla/silla/cama.
3. Pulsera de identificación.
4. Maletín portátil para emergencias.
5. Otro material o equipo por razón necesaria (PRN).

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Constatar la información que tiene la persona usuaria y su familia sobre su traslado.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y familia.
2. Verificar en el expediente de salud la indicación de trasladar a la persona usuaria y el visto bueno por parte de la unidad de destino.	Agiliza el trámite.
3. Coordinar con el profesional en Enfermería de la unidad de destino la asignación de la cama, los preparativos necesarios para la continuidad del cuidado e informar acerca de los resultados obtenidos con el cuidado brindado, actividades y estudios pendientes.	Favorece el traslado oportuno, seguro y la continuidad del cuidado.
4. Comprobar que la persona usuaria esté identificada con su respectiva pulsera.	Cumple con las medidas de seguridad hospitalaria.
5. Verificar la categorización del grado de dependencia de la persona usuaria.	Favorece la planificación del traslado.



6. Valorar si la persona usuaria se encuentra en condición para ser traslado en ese momento.	Favorece las medidas de seguridad de la persona usuaria y la planificación del traslado.
7. Asignar al funcionario de salud quien lo acompaña.	Favorece la continuidad del cuidado y aprovechamiento del tiempo efectivo.
8. Reunir los insumos y materiales requeridos durante el traslado.	Favorece el trabajo con eficiencia y eficacia.
9. Recoger los medicamentos y las pertenencias de la persona usuaria.	Reduce el riesgo de pérdida de las pertenencias.
10. Establecer las medidas de seguridad necesarias para el traslado de la persona usuaria.	Favorece las medidas de seguridad.
11. Revisar y cumplir las indicaciones para el traslado.	Favorece un traslado seguro y la continuidad del cuidado.
12. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad, incluyendo lo relacionado con el proceso de traslado.	Evidencia el cuidado de Enfermería en un documento médico legal.
13. Trasladar a la persona usuaria al servicio asignado y entregar al funcionario, quien recibe los documentos, pertenencia, tarjetas y medicamentos, así como la explicación detallada de los cuidados brindados.	Fomenta la responsabilidad entre los funcionarios de los servicios.
14. Ubicar a la persona usuaria en su nueva unidad y continuar brindando los cuidados requeridos.	Asegura la continuidad del cuidado.
15. Recoger el equipo utilizado durante el traslado y reintegrar al servicio de origen.	Asegura el cuidado de los activos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. El orden en la tramitación de un traslado ayuda a mantener una gestión eficaz y eficiente.
2. Mantener la estabilidad clínica de la persona usuaria durante el traslado, con el fin de prevenir eventos adversos.
3. Comprobar que los equipos que se van a utilizar durante el traslado se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento.



ENF 006. Egreso por traslado a otro establecimiento de salud.

Definición: es el conjunto de actividades administrativas que se realiza para trasladar a una persona usuaria a otro establecimiento de salud.

Objetivo: ejecutar el proceso del traslado de la persona usuaria a otro establecimiento de salud de manera óptima.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Formulario para transporte.
3. Pulsera de identificación.
4. Maletín portátil para emergencias.
5. Camilla, silla o cama.
6. Otro (PRN).

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar en el expediente de salud de la persona usuaria, la autorización del traslado al establecimiento de salud asignado.	Favorece el trabajo con eficiencia y eficacia.
2. Informar a la persona usuaria y familia el traslado a otro centro hospitalario, indicándoles el día, hora, entre otros datos.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y familia.
3. Corroborar que cuente con referencias y epicrisis.	Cumplir con los trámites administrativos.
4. Coordinar con la oficina de transporte el traslado y enviar el formulario de solicitud de transporte.	Optimiza el traslado y cumplir con los trámites administrativos.
5. Verificar que la persona usuaria esté identificada con la pulsera y los datos anotados sean los correctos.	Cumple con las medidas de seguridad.



6. Verificar la categorización del grado de dependencia de la persona usuaria.	Favorece la planificación del traslado.
7. Valorar la condición clínica de la persona usuaria para el egreso.	Favorece la planificación del traslado y continuidad del cuidado.
8. Asignar al funcionario de salud que lo acompaña.	Favorece la continuidad del cuidado.
9. Reunir los insumos y materiales requeridos durante el traslado.	Favorece la continuidad del cuidado.
10. Preparar los medicamentos, alimentación y recoger las pertenencias de la persona usuaria.	Reduce el riesgo de pérdida de las pertenencias.
11. Hacer la nota de Enfermería en EDUS, registrando documentos, objetos y medicamentos que se envían, según los criterios de calidad establecidos.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado en un documento médico legal.
12. Realizar la entrega de la persona usuaria y sus documentos al funcionario que lo recibe en la unidad de destino.	Favorece una comunicación asertiva y asegura la continuidad del cuidado.
13. Recoger el equipo utilizado durante el traslado y reintegrar al servicio de origen en estado óptimo.	Asegura el cuidado del equipo.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. El orden en la tramitación de un traslado ayuda a mantener una gestión eficiente.
2. Mantener la estabilidad clínica de la persona usuaria durante el traslado, con el objetivo de prevenir eventos adversos.
3. Comprobar que los equipos que se van a utilizar durante el traslado se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento.
4. Toda persona usuaria que se traslade debe utilizar vestimenta hospitalaria.



ENF 007. Egreso por fuga

Definición: es la salida de la persona usuaria, sin consentimiento, conocimiento y aprobación de los funcionarios de salud.

Objetivo: activar los mecanismos administrativos para reportar y localizar a la persona usuaria en fuga.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Teléfono.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Activar según norma hospitalaria el código interno de fuga.	Ofrece seguridad a la familia y protección a la persona usuaria. Respalda legalmente al personal de salud.
2. Organizar a los funcionarios para la búsqueda exhaustiva de la persona usuaria en la unidad de hospitalización donde se detecta la fuga.	Favorece la localización oportuna de la persona usuaria.
3. Coordinar con el servicio de vigilancia la búsqueda de la persona usuaria en el hospital.	Contribuye a la localización de la persona usuaria.
4. Informar vía telefónica a la jefatura superior de enfermería, al médico tratante, a la familia, Fuerza Pública y Cruz Roja (911) la desaparición de la persona usuaria.	Favorece la localización oportuna de la persona usuaria.
5. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad establecidos, indicar la fecha y hora en que se detecta la fuga y las acciones realizadas.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia.



Consideraciones:

1. Documentar en forma detallada el evento y aportar testigos.
2. Realizar el trámite administrativo según el protocolo establecido en la institución.



ENF 008. Egreso por fallecimiento

Definición: es el procedimiento administrativo que se efectúa cuando la persona usuaria fallece.

Objetivo: realizar el trámite administrativo cuando la persona usuaria fallece.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Personal de oficina.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Formulario de certificado de defunción.
3. Formulario comunicación de fallecimiento.
4. Camilla.
5. Pulsera de identificación.
6. Otro (PRN).

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar a la persona usuaria fallecida.	Evita errores en la entrega del cadáver.
2. Comprobar que el médico realizó la anotación en el expediente de salud y el certificado de defunción.	Asegura realizar el trámite legal establecido.
3. Agilizar los trámites administrativos correspondientes.	Disminuye el tiempo de espera de los familiares.
4. Constatar que los datos del certificado de defunción correspondan a la persona usuaria fallecida.	Previene errores de identificación.
5. Comunicar a la familia o los representantes, el fallecimiento de la persona, ya sea en forma presencial o vía telefónica según normativa hospitalaria.	Ofrece información en forma oportuna, y favorece el apoyo y trato humanizado.
6. Completar los formularios de comunicación del fallecimiento de la persona, enviar a admisión y otros departamentos según normativa interna.	Cumple con el requisito administrativo.



7. Recoger las pertenencias de la persona fallecida, guardar en bolsa plástica rotulada y entregar a los familiares o en su defecto enviar al servicio de patología.	Contribuye al resguardo de las pertenencias de la persona.
8. Hacer la nota de enfermería y registrar las pertenencias si se envían al servicio de patología	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
9. Verificar que el cadáver tenga su pulsera de identificación.	Previene errores de identificación.
10. Preparar el cuerpo según procedimiento ENF 023.	Favorece el respeto y los derechos de la persona usuaria.
11. Asignar al asistente de paciente preparar la camilla, para el traslado de la persona fallecida.	Disminuye el tiempo de espera de los familiares. Favorece la eficacia y eficiencia en el proceso.
12. Trasladar cuerpo al servicio de patología.	Favorece el retiro oportuno del cadáver por parte de la familia.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Otorgar a los familiares si se encuentran en la Institución, el espacio y tiempo oportuno para estar con la persona usuaria fallecida, si la causa de fallecimiento lo permite.
2. Mantener una actitud de respeto y consideración por la persona fallecida durante el proceso.
3. En caso de fallecimiento de menor de edad, se deberá entregar el carné de vacunas a los padres de familia o cuidador.
4. En presencia de pertenencia (dispositivos electrónicos) de la persona fallecida evitar contestar llamadas o mensaje.
5. Para la disposición y preparación del cuerpo considerar además la normativa o lineamientos establecidos en patologías infectocontagiosas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 44 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

2. Unidad de la persona usuaria

ENF 009. Limpieza y desinfección de la unidad de la persona usuaria

Definición: es la utilización de productos de limpieza para eliminar la suciedad visible y microorganismos del equipo hospitalario por medio de la acción mecánica (cama, camilla, cuna, mesa de noche, mesa puente, silla y grada, monitores, bombas de infusión y otros).⁴⁴

Objetivo: eliminar la suciedad visible y el mayor número de microorganismos presentes en la unidad de la persona usuaria, a fin de prevenir y controlar la aparición de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Equipo y material:

1. EPP (lentes, bata, mascarilla quirúrgica y guantes limpios).
2. Carro para procedimientos.
3. Tres recipientes conteniendo: (agua con jabón, agua, y solución desinfectante).
4. Un cepillo e hisopos (en caso de camas con malla).
5. Toallas para limpieza o piezas de tela.
6. Soporte para descartar ropa sucia.
7. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1 Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2 Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad.	Favorece el trabajo con eficiencia y eficacia.
3 Colocar EPP.	Cumple con las medidas de precaución estándar.
4 Inspeccionar el equipo, mobiliario y accesorios que integran la unidad de la persona usuaria.	Favorece la conservación, el buen uso del equipo y el reporte oportuno por



	deterioro.
5 Retirar todos los objetos, desechos y materiales que se encuentran en la mesa de noche y descartar según corresponda.	Cumple con la norma de desechos hospitalarios.
6 Colocar el soporte para ropa sucia a los pies de la cama.	Asegura la accesibilidad para el descarte de la ropa.
7 Aflojar el tendido de la cama.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8 Retirar en forma envolvente la funda, sábanas y frazadas; colocar en el soporte para ropa sucia.	Evita la diseminación de microorganismos patógenos.
9 Colocar la almohada en la parte superior de la cama.	Favorece la conservación y el buen uso de los accesorios
10 Limpiar la mesa puente y la mesa de noche, con la técnica de limpieza de las superficies planas (de derecha a izquierda sin devolverse, de último limpiar los bordes, los marcos y las patas de la parte superior a la inferior).	Asegura la adecuada desinfección de las superficies y el funcionamiento de los equipos.
11 Limpiar otros equipos utilizados como sillas, soporte para soluciones, las bombas de infusión y monitores de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.	Asegura la adecuada desinfección de las superficies y el funcionamiento de los equipos.
12 Limpiar la almohada por ambas caras con pieza de tela humedecida con solución jabonosa, agua y luego con solución desinfectante. Colocar en una superficie limpia y dejar secar.	Asegura la adecuada desinfección de las superficies y el funcionamiento de los equipos.
13 Doblar la parte superior del colchón sobre la parte inferior; (exponiendo la parte posterior del colchón).	Evita la diseminación de microorganismos patógenos.
14 Limpiar con solución jabonosa el respaldar superior por ambos lados hasta el nivel del soporte del colchón.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie.
15 Limpiar con agua el respaldar superior por ambos lados hasta el nivel del soporte del colchón.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie.
16 Limpiar con solución desinfectante el respaldar superior por ambos lados hasta el nivel del soporte del colchón.	Disminuye la carga microbiana de la superficie
17 Limpiar en igual orden de aplicación de soluciones la parte posterior del colchón (la cual no estuvo en contacto con la persona usuaria), se inicia de la parte postero-superior hacia el centro y luego los laterales con un solo movimiento sin devolverse.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie.



18 Limpiar en igual orden de aplicación de soluciones el respaldar inferior por ambos lados hasta el nivel del soporte del colchón.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie
19 Limpiar en igual orden de aplicación de soluciones la parte anterior del colchón (la cual estuvo en contacto con la persona usuaria), se inicia de la parte postero-superior hacia el centro y luego los laterales con un solo movimiento sin devolverse.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie.
20 Limpiar las barandas por ambos lados, utilizando el orden descrito en la aplicación de las soluciones.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana de la superficie.
21 Colocar la cama en forma horizontal o plana (0°) y permitir que se ventile el colchón, colocar en la posición adecuada para lograr este objetivo. Dejar expuesto el desinfectante según la recomendación del fabricante.	A mayor tiempo de exposición de la superficie con el desinfectante, mejor efectividad bactericida.
22 Asegurar que la cama esté completamente seca y colocar las sábanas limpias, según el tipo de cama.	Favorece la adecuada desinfección de las superficies.
23 Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
24 Depositar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
25 Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
26 Retirar el equipo EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Verificar las diluciones del jabón y del desinfectante antes de utilizarlas, según la recomendación del fabricante.
2. Entre más tiempo de exposición tenga el desinfectante con la superficie, obtiene mayor efectividad.
3. Utilizar el número de piezas de tela según necesidad.
4. Revisar el funcionamiento de plataforma, ruedas, baranda y frenos de la camilla, los cuales deben estar en buenas condiciones.
5. Evitar el exceso de derrames de agua en el piso para prevenir los accidentes.
6. Secar los objetos de metal para que no se oxiden.
7. Hacer la desinfección terminal de la unidad cuando se trate de personas usuarias con enfermedad infectocontagiosa, según la normativa institucional.
8. La ropa de las personas en aislamiento se considera contaminado por lo tanto debe tratarse como lo indica la normativa vigente.



ENF 010. Limpieza de la incubadora cerrada.

Definición: es la limpieza y desinfección de la superficie de la incubadora para eliminar la suciedad visible y microorganismos por medio de la acción mecánica.^{45,46.}

Objetivo: eliminar la suciedad visible y el mayor número de microorganismos presentes en la unidad de la persona usuaria, a fin de prevenir y controlar la aparición de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (lentes, bata, mascarilla y guantes limpios).
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Carro para procedimientos.
4. Toallas para limpieza o piezas de tela.
5. Tres recipientes, que contengan: agua con jabón, agua, y solución desinfectante.
6. Un cepillo y aplicadores.
7. Sábanas.
8. Incubadora.
9. Soporte para descartar ropa sucia.
10. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
3. Apagar y desconectar la incubadora de la fuente eléctrica.	Previene accidentes por una descarga eléctrica.
4. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Cumple con las medidas de seguridad estándar.



5. Retirar la ropa de incubadora con movimientos envolventes hacia adentro y descartar en el soporte para ropa sucia.	Evita la dispersión de pelusa y microorganismos al ambiente.
6. Revisar las gavetas de la incubadora y disponer de los desechos y equipos según normativa.	Favorece la realización del procedimiento y asegura un ambiente limpio.
7. Limpiar y desinfectar el sensor de temperatura, con las soluciones mencionadas, según las recomendaciones del fabricante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
8. Recoger los accesorios reutilizables y desinfectar.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
9. Desmontar los componentes de la incubadora que sean removibles.	Facilita la limpieza y desinfección.
10. Sumergir las piezas removibles en agua jabonosa.	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
11. Limpiar la estructura de la incubadora con agua jabonosa, de arriba hacia abajo sin devolverse, con movimientos uniformes.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
12. Retirar el colchón de la incubadora y colocar en una superficie limpia.	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
13. Limpiar el colchón con solución jabonosa de arriba hacia abajo sin devolverse, retirar con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante, dejar actuar por ambos lados el tiempo que recomiende el fabricante.	A mayor tiempo de exposición de la superficie con el desinfectante, mejor efectividad bactericida.
14. Limpiar la plataforma y los bordes metálicos donde se coloca el colchón, utilizando igual orden de aplicación de las soluciones.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
15. Dejar secar cada parte a la cual se le ha realizado la limpieza.	Favorece la conservación del equipo.
16. Limpiar el marco metálico y esquinas de difícil acceso, con el cepillo o aplicadores, aplicar las soluciones en el orden descrito (agua jabonosa, agua y desinfectante).	Asegura el acceso a zonas difíciles y previene infecciones cruzadas.
17. Colocar el colchón en su posición original.	Favorece la conservación del equipo
18. Limpiar el respaldar inferior de la incubadora de arriba hacia abajo sin devolverse con una pieza de tela humedecida con solución jabonosa, por ambos lados. Retirar con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.



19. Limpiar las barandas laterales y frontales con una pieza de tela humedecida con solución jabonosa, en un solo movimiento sin devolverse y por ambos lados. Retirar con tela humedecida con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
20. Limpiar las gavetas (según modelo de la incubadora) y repisas con una pieza de tela humedecida con solución jabonosa en un solo movimiento sin devolverse, por ambos lados. Retirar con tela humedecida con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
21. Limpiar las patas de la incubadora con una pieza de tela humedecida con solución jabonosa de arriba hacia abajo en un solo movimiento sin devolverse, por ambos lados. Retirar con tela humedecida con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante. Revisar que los rodines estén libres de pelusa	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
22. Limpiar las piezas removibles, efectuando los pasos anteriores, aplicando solución jabonosa, agua y luego desinfectante (según recomendación del fabricante).	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
23. Secar el exceso de humedad con toalla o piezas de tela.	Previene el deterioro del equipo.
24. Armar la incubadora correctamente.	Asegura el buen funcionamiento del equipo.
25. Conectar la incubadora a una fuente eléctrica y verificar el funcionamiento.	Asegura un equipo en buen estado.
24. Depositar los desechos según normativa institucional.	Favorece un ambiente limpio y seguro.
25. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
26. Retirar guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
27. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.


Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. La limpieza y desinfección de las incubadoras, se debe realizar en un área exclusiva para esto.
2. Considerar el modelo y las recomendaciones del fabricante para la limpieza de la incubadora.
3. Verificar de forma previa las diluciones del jabón y del desinfectante según la recomendación del fabricante.



4. Entre más tiempo de exposición tenga el desinfectante con la superficie, obtiene mayor efectividad.
5. Utilizar el número de piezas de tela, según necesidad.
6. Trasladar la incubadora entre dos funcionarios para prevenir accidentes.
7. Manipular las puertas de la incubadora con seguridad y delicadamente.
8. Evitar mojar la unidad de mando, ya que podría interferir en el funcionamiento de las incubadoras y causar problemas eléctricos.
9. Evitar el exceso de derrames de agua en el piso para prevenir los accidentes.
10. Dejar secar y ventilar la unidad un tiempo mínimo de 30 minutos.
11. Después de la limpieza y desinfección de la incubadora debe permanecer en un área limpia hasta su uso.
12. Realizar la limpieza terminal de la incubadora, después del uso en persona usuaria con enfermedades infectocontagiosas según la norma institucional.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 51 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 011. Limpieza de la incubadora abierta

Definición: es la limpieza y desinfección de la superficie de la incubadora para eliminar la suciedad visible y microorganismos por medio de la acción mecánica.^{45,46}

Objetivo: eliminar la suciedad visible y el mayor número de microorganismos presentes en la unidad de la persona usuaria, a fin de prevenir y controlar la aparición de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (lentes, bata, mascarilla y guantes limpios).
2. Carro para procedimientos.
3. Toallas para limpieza o piezas de tela.
4. Tres recipientes que contengan conteniendo: (agua con jabón, agua y solución desinfectante).
5. Un cepillo y aplicadores.
6. Sábanas.
7. Incubadora
8. Soporte para descartar ropa sucia.
9. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar lavado de manos	Previene las infecciones cruzadas.
2. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad.	Garantiza la efectividad del procedimiento Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
3. Apagar y desconectar la incubadora de la fuente eléctrica.	Previene accidentes por una descarga eléctrica.
4. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Cumple con la medida de seguridad estándar.



5. Retirar la ropa “de cama” de la incubadora con movimientos envolventes hacia adentro y descartar en el soporte para ropa sucia.	Evita la dispersión de pelusa y microorganismos al ambiente.
6. Revisar las gavetas de la incubadora y disponer los desechos y equipos según normativa.	Favorece la realización del procedimiento y asegura un ambiente limpio.
7. Limpiar y desinfectar el sensor de temperatura, con las soluciones mencionadas, según la recomendación del fabricante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
8. Recoger los accesorios reutilizables y desinfectar.	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
9. Desmontar los componentes removibles de la incubadora y darle el cuidado posterior.	Facilita la limpieza y desinfección.
10. Retirar el colchón de la incubadora y colocar en una superficie limpia para iniciar la limpieza del colchón.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
11. Limpiar el colchón con solución jabonosa de arriba hacia abajo sin devolverse, retirar con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante, dejar actuar por ambos lados el tiempo que recomiende el fabricante.	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
12. Limpiar y desinfectar la armazón de la incubadora, con movimientos uniformes, de arriba hacia abajo, sin devolverse, aplicando: agua jabonosa, agua y desinfectante.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
13. Limpiar y desinfectar los módulos y paneles con movimientos uniformes, de arriba hacia abajo, sin devolverse, aplicando: agua jabonosa, agua y desinfectante.	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
14. Limpiar la plataforma y los bordes metálicos donde se coloca el colchón, utilizando igual orden de aplicación de las soluciones.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
15. Limpiar el marco metálico y esquinas de difícil acceso, con el cepillo o aplicadores, aplicar las soluciones en el orden descrito (agua jabonosa, agua y desinfectante).	Favorece la eliminación de la suciedad visible y la contaminación.
16. Limpiar el respaldar inferior de la incubadora con una tela humedecida con solución jabonosa, retirar con agua y desinfectar.	Elimina la suciedad visible y disminuye la carga microbiana.
17. Limpiar las patas de la incubadora con una pieza de tela humedecida con solución jabonosa de arriba hacia abajo en un solo movimiento sin devolverse, por ambos lados.	Mejora el funcionamiento del equipo.



Retirar con tela humedecida con agua los restos jabonosos y colocar la solución desinfectante, revisar que los rodines estén libres de pelusa.	
18. Colocar el colchón en posición horizontal.	
19. Secar todas las partes lavadas con piezas de tela seca.	Favorece un ambiente limpio y previene el deterioro del equipo.
20. Conectar la incubadora a la fuente de poder y verificar su funcionamiento.	Asegura un equipo en buen estado.
21. Depositar los desechos, según normativa institucional.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
22. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
23. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
24. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. La limpieza y desinfección de las incubadoras, se debe realizar en un área exclusiva para esto.
2. Para la limpieza y desinfección de la incubadora considere el modelo y recomendaciones del fabricante.
3. A mayor tiempo de exposición de desinfectante con la superficie o equipo, mayor será la efectividad de este.
4. Utilizar el número de piezas de tela para la limpieza y desinfección, según necesidad.
5. Cuando se va a limpiar la incubadora, asegúrese que no esté conectada a la fuente de electricidad, para evitar descargas eléctricas.
6. Manipular las puertas de la incubadora con seguridad y delicadamente.
7. Evitar mojar el panel de la unidad de mando, ya que podría interferir en el funcionamiento de la incubadora y causar problemas eléctricos.
8. Evite el exceso de derrames de agua en el piso para prevenir accidentes.
9. Dejar secar y ventilar la unidad un tiempo mínimo de 30 minutos.
10. Realizar la limpieza terminal de la incubadora, después del su uso con casos de persona usuaria con enfermedades infectocontagiosas según la norma institucional.



ENF 012. Vestir cama cerrada

Definición: colocar la ropa hospitalaria a una cama desocupada.

Objetivo: colocar la ropa a una cama desocupada para recibir una persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Carro para transporte de ropa limpia.
2. Cama con colchón.
3. Almohada.
4. Funda.
5. Dos sábanas.
6. Colcha.
7. Cobija.
8. Ahulado, por razón necesaria (PRN).
9. Sábana movable, (PRN).
10. Soporte para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar la limpieza y desinfección de cama.	Previene la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el ropa de cama y trasladar en el carro correspondiente a la unidad.	Realiza el trabajo de forma eficaz y eficiente.
4. Colocar la ropa de cama en el siguiente orden. 4.1 Sábana inferior. 4.2 Ahulado. 4.3 Sábana movable. 4.4 Sábana Superior.	Facilita le ejecución del procedimiento.



4.5 Cobija. 4.6 Colcha. 4.7 Funda	
5. Frenar y colocar la cama en posición plana (0°) y si es posible adecuar a la altura del funcionario.	Favorece la mecánica corporal y evita accidentes laborales.
6. Colocar la sábana inferior en centro de la cama, extienda los laterales e introduzca los bordes por debajo del colchón, en las esquinas, formar un ángulo recto y de igual forma introduzca los bordes sobrantes de la sábana por debajo del colchón.	Permite un ajuste adecuado de la ropa.
7. Colocar el ahulado en el centro del colchón y cubra con la sábana móvil, presar ambas bajo el colchón.	Evita que el colchón y la sábana inferior se manchen con fluidos corporales. Protege a la persona usuaria de la acción irritante del hule sobre la piel.
8. Extender la sábana superior sobre la cama y presar el extremo inferior, formar el ángulo en la esquina y presar bajo el colchón. Con la misma técnica colocar la cobija y encima la colcha.	Permite ajustar y ordenar mejor la ropa de cama.
9. Pasar al lado contrario de la cama y ejecutar paso n° 6, 7 y 8, con las sábanas, cobija y colcha, ajustar para evitar pliegues.	Previene el riesgo de lesiones en la piel y favorece el orden.
10. Colocar la funda a la almohada y ubicarla sobre la cama con la abertura de la funda al lado contrario de las corrientes de aire.	Favorece el orden y la limpieza.
11. Brindar cuidado posterior al equipo.	Favorece el orden y la limpieza.
12. Realizar lavado de manos.	Disminuye el riesgo de transmisión de infecciones cruzadas.
13. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Se recomienda a los funcionario de salud, que para prevenir las infecciones cruzadas, se debe evitar el contacto de la ropa limpia con la cama o equipo de otra persona usuaria.



ENF 013. Vestir cama ocupada

Definición: Cambio de ropa sucia de cama con la persona usuaria acostada.

Objetivo: proporcionar comodidad a la persona usuaria y mantener la ropa de cama ordenada y limpia.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (delantal, lentes, mascarilla y guantes limpios).
2. Carro para transporte de ropa limpia.
3. Cama con colchón.
4. Almohada.
5. Funda.
6. Dos sábanas.
7. Colcha.
8. Cobija.
9. Ahulado (en caso necesario).
10. Sábana móvil.
11. Soporte para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración u muestra respeto a la persona usuaria.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el carro para transporte de ropa y llevar a la unidad, colocar la ropa sobre la silla según orden establecido: 3.1 Sábana inferior. 3.2 Ahulado. 3.3 Sábana móvil.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.



3.4 Sábana Superior. 3.5 Cobija. 3.6 Colcha. 3.7 Funda.	
4. Colocar el EPP, según protocolo establecido.	Es una medida de protección personal y se cumple con las medidas estándar
5. Frenar la cama, colocarla en posición plana (0°) y si es posible adecuar su altura a nivel de la cintura del funcionario.	Favorece la mecánica corporal.
6. Aflojar la ropa de cama con movimientos suaves y coordinados, iniciar en el lado distal y seguir en el proximal.	Es una medida que previene infecciones cruzadas.
7. Deshacer el dobléz de la colcha que se encuentra a los pies de la persona usuaria, retirarla y descartar en el soporte de ropa sucia.	Disminuye la diseminación de microorganismos.
8. Retirar la cobija de igual forma que se retiró la anterior y descartar. Mantener a la persona cubierta con la superior.	Disminuye la diseminación de microorganismos.
9. Girar a la persona usuaria en posición lateral opuesta al funcionario.	Facilita la ejecución del procedimiento.
10. Retirar la sábana inferior sucia parcialmente hasta el centro de la cama y colocar la sábana inferior limpia: iniciar por la parte superior de la cama, hacer la esquina en forma de un ángulo recto y de igual forma introduzca los bordes sobrantes por debajo del colchón, proceda en igual forma con la sábana en la parte inferior de la cama.	Facilita la ejecución del procedimiento.
11. Colocar el ahulado y la sábana movable hasta el centro de la cama.	El ahulado protege el colchón y la sábana movable protege a la persona usuaria de la acción irritante del material sobre la piel.
12. Girar a la persona usuaria sobre su mismo eje hacia el lado opuesto, ubicándolo sobre la sábana limpia, si la cama cuenta con barandas podría subirlas para mayor seguridad.	Se favorece la seguridad de la persona usuaria durante el movimiento.
13. Retirar la sábana sucia en forma envolvente y descartar en el soporte de ropa sucia.	Disminuye la diseminación de microorganismos.
14. Halar y extender la sábana limpia que estaba en el centro sobre el colchón, asegúrese de eliminar todas las arrugas de las sábanas. Preñe la sábana del respaldar superior e inferior debajo del colchón, en las esquinas formar un	Facilita la ejecución del procedimiento.



ángulo recto e introduzca los bordes laterales de la sábanas por debajo del colchón.	
15. Colocar a la persona usuaria en posición dorsal o según plan de cambios de posición.	Ofrece bienestar y confort.
16. Colocar la sábana superior limpia sobre la persona usuaria y simultáneamente retirar la sucia y depositarla en el soporte para ropa sucia.	Mantener en todo momento el pudor de la persona usuaria.
17. Colocar la cobija y la colcha sobre la persona usuaria. Realizar un dobléz a las tres piezas (sábana inferior, cobija y colcha) a la altura de los pies, ajustarlas por debajo del colchón.	Favorece que la ropa de cama no se deslice con el movimiento.
18. Hacer la esquina de la parte inferior de la cama en ángulo de 90° en la sábana, cobija y la colcha.	Mantiene ajustada y en orden la ropa de cama.
19. Doblar el borde superior de la colcha por debajo de la cobija y el superior de la sábana por encima de la colcha, de forma que la cobija no tenga contacto con la persona usuaria.	Los dobles favorecen el ajuste de la ropa y su orden.
20. Cambiar la funda de la almohada y ubicar en su respectivo lugar.	Permite ajustar y ordenar mejor la ropa de cama.
21. Dejar a la persona usuaria cómodo en su unidad y cumpliendo todas las medidas de seguridad.	Evita los eventos adversos
22. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el cuidado y conservación de los equipos.
23. Retirar el soporte para descartar ropa y ubicar en su respectivo lugar.	Se cumple con la normativa institucional del manejo de la ropa sucia.
24. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos.	Es una medida de previene infecciones cruzadas.
25. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Para prevenir las infecciones cruzadas, los funcionario de salud deben evitar el contacto directo con la ropa limpia o sucia y con la cama o equipo de otra persona usuaria.
2. Se deben mantener las barandas de las camas y cunas en buen estado para favorecer una ambiente seguro.
3. El personal de salud debe siempre aplicar la mecánica corporal durante el procedimiento.
4. Cumplir con lo establecido en la normativa institucional para la utilización de la ropa hospitalaria.⁴⁷



ENF 014. Vestir cama de anestesia

Definición: preparar la cama cuando va a ser ocupada por la persona usuaria procedente del quirófano o sometida a anestesia.

Objetivo: preparar la cama para recibir a la persona usuaria procedente del quirófano o sometida a anestesia.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Carro para transporte de ropa limpia.
2. Cama con colchón.
3. Almohada.
4. Funda.
5. Dos sábanas.
6. Colcha.
7. Cobija.
8. Ahulado (en caso necesario).
9. Sábana movable.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar que la cama ha recibido el proceso de limpieza y desinfección previamente.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el carro para transporte de ropa limpia y llevar a la unidad, colocar la ropa en el siguiente orden: 3.1 Sábana inferior. 3.2 Ahulado. 3.3 Sábana movable. 3.4 Sábana Superior. 3.5 Cobija.	Facilita la ejecución del procedimiento.



3.6 Colcha. 3.7 Funda.	
4. Vestir la cama siguiendo los pasos del procedimiento ENF 012, pensar bajo el colchón solo la sábana inferior.	Cumplir el procedimiento establecido, Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Colocar sobre el cochón la sábana superior, la cobija, la colcha extendidas.	Facilita la ejecución del procedimiento.
6. Realizar un rombo con la sábana superior, la cobija, la colcha de la siguiente forma: 7.1 Sujetar conjuntamente los extremo superiores distales de la sábana superior, la cobija, la colcha y se llevan hasta el centro de la cama formando un triángulo. 7.2 Sujetar conjuntamente los extremos proximales de la sábana superior, la cobija, la colcha y llévelo al centro de la cama formado un triángulo. 7.3 Realizar los mismos pasos con los extremos inferiores de la sábana superior, la cobija, la colcha y llévelo al centro de la cama formado dos triángulo.	Facilita la ejecución del procedimiento.
7. Tomar los triángulos superiores del rombo y doblar sobre los inferiores para formar un triángulo.	Facilita la ejecución del procedimiento.
8. Vestir la almohada, según procedimiento ENF 012, colocar en el respaldo de la cabecera de la cama y retirar de acuerdo con el tipo de cirugía.	Permite ajustar y ordenar mejor la ropa de cama.
9. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
10. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Frenar los rodines de la cama y ajustarla a una altura cómoda para el funcionario que realiza el procedimiento siguiendo las normas de higiene postural y ergonomía.
2. Realizar la limpieza terminal de la cama para reducir riesgos de infecciones a la persona usuaria post- operada.
3. El personal de salud debe evitar el contacto directo con la ropa limpia o sucia, con la cama o equipo de otra persona usuaria.
4. La persona usuaria en el posoperatorio inmediato y mediato debe mantener sus barandas en alto para prevenir caída.
5. Cumplir con lo establecido en la normativa institucional para la utilización de la ropa hospitalaria.⁴⁷



ENF 015. Vestir cama con arco de protección

Definición: colocar un arco de protección a la cama para evitar el contacto directo entre la ropa de la cama y la piel de la persona usuaria.

Objetivo: evitar contacto directo entre la ropa y la piel de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (lentes, bata, mascarilla y guantes limpios).
2. Carro para transporte de ropa limpia.
3. Cama con colchón.
4. Almohada.
5. Funda.
6. Dos sábanas.
7. Colcha.
8. Cobija.
9. Ahulado (en caso necesario).
10. Sábana movable.
11. Arco de protección.
12. Sujetador. (amarras).
13. Canasta para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Verificar que el arco de protección ha recibido el proceso de limpieza y desinfección previo a la colocación.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
3. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Reunir el material necesario.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia



5. Preparar el carro para transporte ropa y llevar a la unidad, colocar la ropa en el siguiente orden: 5.1 Sábana inferior. 5.2 Ahulado. 5.3 Sábana movable. 5.4 Sábana superior. 5.5 Cobija. 5.6 Colcha. 5.7 Funda.	Ahorro tiempo y energía.
6. Colocar el EPP, según protocolo establecido.	Es una medida de protección personal y se cumple con las medidas estándar.
7. Colocar la sábana inferior, el ahulado y la sábana movable según procedimiento ENF 012 cama cerrada.	Cumplir con el procedimiento establecido.
8. Colocar el arco de protección sobre la persona usuaria cubriendo el área afectada y asegurar con los sujetadores o amarras a la cama.	Cumple con las medidas de seguridad.
9. Colocar la sábana superior, la cobija y la colcha sobre el arco y ajustar a los laterales de la cama.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
10. Vestir la almohada y colocar en la unidad, según necesidad de la persona usuaria.	Permite ajustar y ordenar mejor la ropa de cama.
11. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. 11. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Mantener cubierto a la persona usuaria durante el procedimiento respetando su intimidad.
2. El personal de salud debe evitar el contacto directo con la ropa limpia o sucia, con la cama o equipo de otra persona usuaria.
3. La persona usuaria con probabilidad de caídas debe utilizar cama con barandas, el arco de protección, no sustituye el uso de barandas en alto.
4. El arco de protección debe limpiarse y desinfectar después de su uso, colocar en un lugar limpio.
5. Mantener las sábanas libres de pliegues o arrugas, a fin de prevenir lesiones en la piel.
6. Cumplir con lo establecido en la normativa institucional para la utilización de la ropa hospitalaria.⁴⁷



ENF 016. Vestir camilla de exploración y traslado.

Definición: es el tendido de la camilla que se utiliza para exploración o traslado de la persona usuaria.

Objetivo: disponer de una camilla limpia, segura y cómoda para la atención de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (bata, guantes).
2. Carro para transporte de ropa limpia.
3. Camilla con colchoneta.
4. Sábana, en cantidad necesaria.
5. Papel Kraft.
6. Soporte para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Preparar el carro de transporte ropa con sábanas.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
3. Colocar el EPP.	Es una medida de seguridad.
4. Revisar que la camilla esté limpia o en caso necesario hacer el aseo correspondiente.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
5. Cubrir la camilla con la sábana y colocar papel Kraft.	Brinda higiene y comodidad.
6. Ubicar a la persona usuaria para realizar el procedimiento o la exploración.	Mantener las medidas de seguridad.
7. Trasladar a la persona usuaria a su unidad.	Mantener las medidas de seguridad
8. Retirar el papel Kraft de la camilla y descartar en el basurero, retirar la ropa sucia cuidadosamente, evitar	El equipo debe estar listo para utilizarse.



sacudirla y depositar en el soporte para descartar ropa sucia.	
9. Realizar la limpieza y desinfección de la camilla con agua, jabón y desinfectante.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
10. Vestir la camilla y colocar el papel Kraft.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
11. Retirar EPP, según protocolo.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Cumplir con lo establecido en la normativa institucional para la utilización de la ropa hospitalaria.⁴⁷
2. Revisar el funcionamiento de plataforma, ruedas, barandas y frenos de la camilla, los cuales deben estar en buenas condiciones.
3. Se deben mantener las barandas de camilla en buen estado para favorecer un ambiente seguro.



3. Higiene de la persona.

ENF 017. Baño en cama.

Definición: son los cuidados higiénicos que se aplica a la persona usuaria incapacitada para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo en cama.^{13,48,49,50,51.}

Objetivo: proporcionar comodidad y bienestar físico a la persona usuaria, eliminando sustancias de desecho de la piel, estimular la circulación sanguínea, valorar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles en caso necesario.)
3. Artículos de uso personal: desodorante, champú, peine, cremas hidratantes, toalla grande, toalla pequeña.
4. Solución alcohólica para higiene de manos.
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 5.1 Agua tibia.
 - 5.2 Jabón de baño.
 - 5.3 Equipo para higiene bucal.
 - 5.4 Torundas de algodón.
 - 5.5 Aplicadores.
 - 5.6 Palangana.
 - 5.7 Retazos de tela.
 - 5.8 Bandeja riñón.
 - 5.9 Equipo de aseo perineal.
 - 5.10 Ropa de cama.
 - 5.11 Ahulado.
 - 5.12 Ropa para la persona usuaria.
6. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 6.1 Orinal y bidé.



7. Soporte para descartar ropa sucia.
8. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Preparar y verificar el equipo completo.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
2. Identificar e informar a la persona usuaria y obtener su consentimiento sobre el procedimiento.	Muestra respeto a la persona usuaria.
3. Identificar y valorar la condición general de la persona usuaria y estado de conciencia.	Permite valorar e identificar presencia de dolor y el grado de movilización de la persona usuaria y la necesidad de ayuda total o parcial durante el procedimiento.
4. Llevar el equipo a la unidad de la persona usuaria, colocar la ropa según el orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado, sábana móvil, cruzado, sábana superior, cobija, colcha y funda.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Ofrecer privacidad (biombos o cortina).	Protege la intimidad de la persona.
6. Realizar el lavado de manos clínico y colocar el EPP. ⁵⁰	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
7. Ofrecer el bidé u orinal a la persona usuaria. En caso de usar pañal, proceda a retirarlo y en presencia de materia fecal retirar completamente.	Contribuye a la comodidad de la persona. Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Retirar los guantes, realizar higiene de manos y colocar los nuevos guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
9. Aflojar las piezas de ropa de cama una a una, empezar por el lado contrario, retire la colcha y la cobija.	Favorece la mecánica corporal y previene sobre esfuerzo físico.
10. Colocar a la persona usuaria en posición fowler o semi fowler, según su condición.	Facilita el proceso respiratorio.
11. Ofrecer el equipo para el aseo bucal, si la persona usuaria se encuentra en condiciones de realizarlo, de lo contrario lo efectúa el funcionario de Enfermería, según procedimiento ENF 019.	Favorece la disminución de infecciones asociadas al cuidado de la salud y brinda comodidad.
12. Trasladar la palangana con agua tibia a la unidad de la persona usuaria, la cual deberá cambiar las veces que sea necesaria.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



<p>13. Ofrecer a la persona usuaria si la condición lo permite el pañito para limpiar la cara, de no ser posible, limpie de la siguiente forma: 13.1, Limpiar el ojo manteniendo el párpado cerrado, utilizar pieza de tela o torunda de algodón del lagrimal hacia el ángulo externo sin devolverse.⁵² 13.2 Realizar igual procedimiento en el otro ojo.</p>	<p>Protege de lesiones y reduce las secreciones que pueden generar infección en piel y mucosas.</p>
<p>14. Limpiar las fosas nasales con aplicadores y los pabellones auriculares con la pieza de tela o el algodón y terminar de limpiar el resto de la cara con el pieza de tela y secar.</p>	<p>Protege de lesiones y reduce las secreciones que pueden generar infección en piel y mucosas.</p>
<p>15. Proceder al lavado de la cabeza, según procedimiento ENF 018.</p>	<p>Reduce las secreciones que pueden generar infección en piel.</p>
<p>16. Realizar afeitado de la barba previo consentimiento de la persona.</p>	<p>Favorece la disminución de infecciones asociadas al cuidado de la salud y brinda comodidad.</p>
<p>17. Doblar la sábana superior hasta la cintura de la persona usuaria y retirar camisa o bata. Cubrir inmediatamente volviendo a extender los doblez de la sábana superior.</p>	<p>Protege su pudor y se reduce el enfriamiento.</p>
<p>18. Colocar la palangana en una superficie limpia y segura lo más cercana a la persona usuaria. Descubrir el brazo distal, con la pieza de tela húmeda con jabón, proceder a limpiar del antebrazo, brazo y axila en forma rotatoria. Retirar el jabón y secar. Realizar esta acción con el otro brazo. Colocar la palangana debajo de la mano, lavar con agua y jabón. Ofrecer desodorante (si lo tiene).</p>	<p>Favorece la ejecución del procedimiento.</p>
<p>19. Colocar el paño en forma de abanico sobre el tórax, con la pieza de tela húmedo con jabón limpiar el cuello y tórax, dar atención a región submamaria, según necesidad. Retirar el jabón con la pieza de tela humedecido con agua y luego secar.</p>	<p>Favorecen la higiene y reduce la proliferación de microorganismos patógenos. Protege el pudor de la persona usuaria</p>
<p>20. Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar ombligo con aplicadores, secar con el paño y cubrir con la sábana.</p>	<p>Favorece el pudor y evita cambios bruscos de temperatura.</p>
<p>21. Girar a la persona usuaria para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si está consciente y en condiciones de cooperar, hacerlo del lado contrario y si no, girarla para el lado del funcionario que dirige el baño y el otro funcionario que asiste, realiza la limpieza.</p>	<p>Favorece la seguridad durante el procedimiento.</p>



22. Secar la espalda y glúteos, aprovechar que está de lado y dar masaje con movimiento circular utilizando crema, dar énfasis a las prominencias óseas, realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones bronquiales.	Ayuda a evitar la irrigación de la piel, evita lesiones por presión y favorece el funcionamiento del sistema respiratorio.
23. Colocar la camisa o bata. En caso de persona usuarias con venoclisis, proceda a introducir la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. De igual manera se hará si la persona usuaria tiene yeso o alguna lesión.	Favorece la ejecución del procedimiento y evita eventos adversos.
24. Descubrir una pierna, proceder al lavar del tobillo hasta la ingle con una pieza de tela húmeda con jabón, con movimientos rotatorios, luego proceda a retirar el jabón y secar. Repetir los pasos anteriores con la otra pierna.	Los movimientos estimulan la circulación.
25. Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavar y dar énfasis a los espacios interdigitales, secar.	Ayuda a reducir la proliferación de los microorganismos.
26. Realizar el aseo de los genitales: 26.1 Si la persona usuaria coopera, permita que realice su aseo y cuando termine ofrézcale agua y jabón para el lavado de las manos. 26.2 De lo contrario proceda a realizar el aseo genital, según procedimiento ENF 020. 26.3 Colocar pañal o pijama, según corresponda.	Favorece la disminución de la flora bacteriana.
27. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
28. Realizar higiene de manos y colocar guantes limpios.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
29. Hacer cama según técnica de cama ocupada, según procedimiento ENF 013.	Favorece la continuidad en la ejecución del procedimiento.
30. Colocar los dispositivos y las conexiones de las soluciones en forma ordenada y verificar su funcionamiento.	Favorece la seguridad y la comodidad.
31. Dejar a la persona usuaria cómoda en su unidad.	Respeto a los derechos de la persona usuaria.
32. Depositar los desechos según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
33. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
34. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
35. Retirar EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



36. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
37. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Para prevenir accidente evitar derrames de agua en el piso durante el procedimiento.
2. Se recomienda realizar el procedimiento entre dos personas como mínimo, para seguridad de la persona usuaria.
3. Proteger de la humedad los apósitos, vendajes, sitios quirúrgicos o de inserción de los dispositivos.
4. Solicitar a la persona usuaria permiso para cortar sus uñas y considerar su diagnóstico.
5. Evaluar la capacidad funcional del individuo para participar en el aseo personal.
6. El funcionario de Enfermería que dirige el baño es el responsable de detectar e identificar signos y síntomas de complicaciones durante el procedimiento y de reportar oportunamente a quién corresponda los hallazgos encontrados.



ENF 018. Lavado de cabello

Definición: es la limpieza del cabello y cuero cabelludo en la persona usuaria que no puede realizarlo de forma autónoma.⁵¹

Objetivo: eliminar sustancias, partículas de desechos del cabello y cuero cabelludo a fin de favorecer su buen estado y circulación sanguínea para contribuir al buen aspecto físico de la persona usuaria.⁵¹

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. E.P.P (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. Agua tibia.
5. Artículos de uso personal (Toalla, jabón o champú, peine).
6. Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:
 - 6.1 Palangana.
 - 6.2 Ahulado.
 - 6.3 Recipiente con agua.
 - 6.4 Bandeja riñón.
 - 6.5 Torundas de algodón.
 - 6.6 Sábanas movibles.
7. Canasta para descartar ropa sucia.
8. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Preparar el equipo completo.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
3. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Muestra respeto a la persona usuaria.



4. Realizar higiene de mano.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
5. Colocar el EPP.	Cumple con las medidas de precaución estándar.
6. Colocar un ahulado cubierto con una sábana móvil debajo de los hombros y la cabeza.	Favorece el bienestar y confort. Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
7. Colocar torundas de algodón en los oídos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona usuaria).	Facilita la ejecución del procedimiento y la recolección de agua.
9. Colocar una toalla en la frente para proteger los ojos.	Previene la irritación ocular.
10. Valorar la condición de la temperatura del agua y las necesidades de la persona usuaria. Verter agua sobre el cabello, aplicar una pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.	Ayuda a disminuir la grasa de cuero cabelludo y la temperatura adecuada del agua favorece el bienestar y confort.
11. Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el champú o acondicionador.	Asegura el arrastre y eliminación de sustancias y partículas de desecho.
12. Retirar la palangana. Colocar en un lugar seguro.	Favorece el bienestar y confort.
13. Secar la cabeza y el cuello. Retire el ahulado y la sábana móvil.	Favorece el bienestar y confort.
14. Colocar a la persona usuaria en posición cómoda.	Favorece el bienestar y confort.
15. Cepillar el cabello en forma suave y lenta. En caso de que lo amerite, iniciar desde las puntas hacia arriba.	Favorece la estética. Reduce la tracción traumática del cabello.
16. Depositar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
17. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
18. Retirar el EPP y realizar la higiene de manos.	Disminuye la transmisión de infecciones cruzadas.
19. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona en un documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar las costumbres y necesidad de lavado del cabello de la persona usuaria.
2. Realizar examen físico del área de la cabeza, cuello, reportar y documentar hallazgos.
3. Lavar con abundante agua los ojos si hubiese derrame de jabón o champú y reporte la situación.



ENF 019. Higiene de la cavidad bucal

Definición: actividad que se realiza para disminuir secreciones, suciedad visible y la carga microbiana en dientes, encías y lengua.⁵³

Objetivo: mantener limpia la cavidad bucal de la persona usuaria, con el fin de evitar sequedad, malos olores, prevenir infecciones y favorecer la comodidad.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. Aspirador (opcional).
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 5.1 Sábana móvil.
 - 5.2 Equipo de aseo bucal descartable (si se dispone en la institución).
6. **Para persona usuarias autónomas o que requieran ayuda:**
 - 6.1 Equipo personal: toalla, cepillo dental, pasta dental, enjuague bucal (si es necesario).
 - 6.2 Vaso descartable.
 - 6.3 Bandeja de riñón.
7. **Para persona usuaria con depresión de consciencia agregar:**
 - 7.1 Jeringa de 20 cc con agua.
 - 7.2 Jeringa de 10 cc con solución de antiséptico bucal.
 - 7.3 Un paquete de gasas estériles.
 - 7.4 Humectante labial (vaselina o similar).
 - 7.5 Sonda de aspiración.
8. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 8.1 Recipiente con solución jabonosa.
9. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
2. Preparar y trasladar el equipo a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia
3. Solicitar el consentimiento a la persona usuaria.	Muestra respeto a la persona usuaria.
4. Ofrecer privacidad a la persona usuaria.	Muestra respeto a la persona usuaria.
5. Realizar higiene de las manos y colocar el EPP.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Técnica en persona usuarias que requieran ayuda minina: 6.1. Colocar a la persona usuaria en posición fowler o semi fowler (si lo tolera). 6.2 Colocar la sábana movable debajo del mentón sobre la parte superior del tórax lo más cercana al cuello. 6.3 Humedecer el cepillo con agua y colocar pasta dental, cepillar de adentro hacia afuera, de arriba hacia abajo en la arca superior, y abajo hacia arriba en la arca inferior por ambas caras. En caso de que la persona lo pueda realizar, promueva la autonomía. 6.4 Cepillar suavemente ambas encías y lengua. 6.5 Ofrecer agua para realizar enjuague. 6.6 Descartar el agua del enjuague el un riñón.	Evita la bronco y micro aspiración. Favorece la absorción de derrames durante el procedimiento. El cepillado dental remueve la placa bacteriana y las secreciones.
7. Técnica para personas usuarias con alteración del estado de consciencia: 7.1 Colocar la sonda y accionar el sistema de aspiración. 7.2 Lateralizar la cabeza de la persona usuaria y colocar la sábana movable alrededor del cuello. 7.3 Abrir la boca de la persona usuaria, traccionar suavemente el maxilar inferior, verter suavemente con la jeringa el agua en la cavidad bucal para desprender residuos. 7.4 Aspirar con la sonda conectada al sistema de succión el líquido de lavado. 7.5 Humedecer con agua el cepillo de dientes, colocar pasta dental. 7.6 Cepillar de adentro hacia afuera, de arriba hacia abajo en la arca superior y abajo hacia arriba en la arca inferior por ambas caras.	Favorece la absorción de derrames durante el procedimiento. Evita la bronco y micro aspiración y favorece la eliminación de los residuos. El cepillado dental remueve la placa bacteriana y las secreciones.



<p>7.7 Repetir este movimiento las veces que sea necesario, cubriendo todas las piezas dentales, en la cara interna, externa y cara oclusal de los dientes.</p> <p>7.8 Repetir los pasos anteriores en maxilar inferior.</p> <p>7.9 Cepillar la lengua y el vestíbulo.</p> <p>7.10 Realiza aspiración del enjuague durante el procedimiento.</p> <p>7.11 Tomar la jeringa con solución antiséptica bucal y aplicar.</p> <p>7.12 Realizar la aspiración de la solución antiséptica.</p> <p>7.13 Secar los labios con la toalla y aplicar humectante labial o similar con una gasa.</p> <p>7.14. Retirar y descartar la sábana móvil.</p> <p>7.15 Ubicar a la persona usuaria en posición cómoda.</p> <p>7.16 Desconectar el sistema de aspiración y dejar cubierto el extremo distal de la conexión de aspirar.</p> <p>7.17 Realizar la limpieza del cepillo de dientes y guardar en la unidad de la persona usuaria.</p>	<p>Disminuye las infecciones cruzadas.</p> <p>Favorece el orden y la limpieza durante el procedimiento.</p>
<p>8. Realizar el cuidado posterior del equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.</p>
<p>9. Retirar los guantes.</p>	<p>Disminuye las infecciones cruzadas.</p>
<p>10. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.</p>	<p>Disminuye las infecciones cruzadas.</p>
<p>11. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.</p>	<p>Evidencia el cumplimiento de la indicación.</p>
<p>12. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.</p>	<p>Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.</p>

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Solicite ayuda siempre que sea posible. En personas usuarias con necesidades especiales, realice el procedimiento entre dos funcionarios.
2. En personas usuarias con prótesis dental removibles, retírelas y realice el lavado con jabón líquido y enjuague con abundante agua.
3. Efectuar especial importancia a la limpieza de las partes metálicas de la prótesis, sobre todo las que contactan con los dientes (ganchos). Para ello, pueden frotarse con un aplicador empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante.
4. Si se cuenta con equipo de higiene bucal se utilizará éste para realizar el procedimiento.
5. Durante el procedimiento observe las características de la cavidad bucal, para detectar lesiones u otros.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 75 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 020. Aseo genital

Definición: es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

Objetivos:

- Prevenir irritaciones e infecciones urogenitales en la zona perineal.
- Realizar higiene del área genital y perianal con el fin de disminuir la carga microbiana, evitar infecciones e irritaciones en esta zona, ofreciendo bienestar y confort a la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 4.1 Azafate.
 - 4.2 Jabón neutro.
 - 4.3 Agua estéril.
 - 4.4 Pinza de foerster estéril.
 - 4.5 Torundas de algodón.
 - 4.6 Torundas de gasa.
 - 4.7 Toallas sanitarias.
 - 4.8 Sábana movable.
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 5.1 Recipiente con solución jabonosa.
 - 5.2 Bidé.
6. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración.



2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el equipo y llevar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
4. Colocar biombo o cortinas para mantener un ambiente de privacidad.	Protege la intimidad de la persona usuaria.
5. Colocar el EPP.	Cumple con las medidas de precaución estándar.
6. Colocar en el caso de la mujer en posición ginecológica, en el hombre se colocar en posición decúbito supino, con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas.	Ayuda a la comodidad de la persona usuaria.
7. Deslizar la colcha hasta los pies y la sábana superior hasta las rodillas de la persona usuaria.	Facilita la ejecución del procedimiento.
8. Doblar la camisa o bata hasta la cintura y colocar la sábana móvil debajo de los glúteos.	Facilita la ejecución del procedimiento.
9. Colocar el bidé.	Previene derrame de líquidos y reduce factores de contaminación.
10. Retirar y descartar los guantes, realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
11. Retirar y colocar hacia arriba las tapas de los recipientes con jabón líquido y agua estéril.	Evita la contaminación de las soluciones
12. Abrir el cobertor del azafate estéril y descartar el empaque primario y colocar con TAMQ el equipo (pinza foerster y las torundas de algodón).	Previene la contaminación de equipo.
13. Colocar los guantes.	Cumple con las medidas de precaución estándar.
Aseo perineal de la femenina	
14. Descubrir el área genital.	Facilita el procedimiento
15. Descartar la primera porción de jabón y verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.	La acción del jabón favorece la remoción de microorganismos
16. Sujetar con la pinza foerster una torunda y limpiar con movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias o quirúrgicas.
17. Descartar la torunda en recipiente para bio-infecciosos.	Favorece el manejo adecuado de los desechos.



18. Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias. La acción del jabón favorece la remoción de microorganismos.
19. Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias. La acción del jabón favorece la remoción de microorganismos.
20. Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias.
21. Lavar en caso de que la persona tenga sonda uretral del sitio de inserción hacia afuera abarcando la circunferencia con cuatro movimientos.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias.
22. Lavar con otra torunda la región del muslo distal de la ingle hacia fuera, con movimientos verticales, hacer énfasis en el pliegue inguinal y descartar.	La acción del jabón favorece la remoción de microorganismos
23. Realizar el paso anterior con el muslo proximal.	Reduce el riesgo de desplazar microorganismos de áreas sucias a áreas limpias.
24. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.	Elimina los restos de jabón.
25. Repetir los pasos anteriores (15-22) con el fin de eliminar el jabón.	Los principios de asepsia reducen infecciones.
26. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en igual forma y secuencia que en las acciones anteriores.	Se reduce la irritación de piel e infecciones.
27. Colocar la pinza foerster dentro del cubre paquete de manera que los anillos queden sobre el borde.	Previene la contaminación de superficies con el equipo utilizado.
28. Retirar el bidé y colocarlo en la parte inferior del carro de procedimientos.	Previene la contaminación de superficies con el equipo utilizado.
29. Colocar a la persona usuaria en posición SIMS (decúbito lateral izquierdo), lavar el surco interglúteo, de la siguiente forma: 29.1 Sujetar con la pinza foerster una torunda y aplicar jabón. 29.2 Separar los glúteos con la mano no dominante. 29.3 Limpiar el surco del área perianal hacia el sacro. 29.4 Repetir el paso con una torunda humedecida con agua y luego con una torunda seca.	La posición decúbito lateral izquierdo, favorece la limpieza del área. Se reduce la irritación de piel e infecciones.



29.5 Colocar, toalla sanitaria, pañal desechable o cruzado de tela y retirar la sábana movable.	
Aseo genital del masculino	
30. Descartar la primera porción de jabón líquido y verter en el área púbica y la cara anterior del muslo.	
31. Utilizar la pinza foerster con torunda de gasa distribuir el jabón del pubis hacia el ombligo con movimientos horizontales. Descartar la torunda.	La pinza evita el contacto directo al realizar el procedimiento, favorece el respeto a la integridad de la persona usuaria.
32. Sujetar con un cuadro de gasa, el pene con la mano no dominante y retraer el prepucio.	La gasa favorece la sujeción del pene.
33. Descartar el cuadro de gasa.	
34. Humedecer una torunda con jabón líquido, lavar del meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.	Se evita la diseminación de organismos hacia el meato urinario.
35. Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz de este y descartar.	Se evita la diseminación de organismos hacia el meato urinario.
36. Sujetar con la mano no dominante y una gasa, el pene en dirección opuesta al escroto; de ser necesario levantar con suavidad la bolsa escrotal. Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal, utilizar una torunda para cada uno y descartar.	Favorece la disminución de la flora bacteriana.
37. Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, hacer énfasis en el pliegue inguinal y descartar.	Favorece la disminución de la flora bacteriana.
38. Realizar el paso anterior con el muslo proximal.	Favorece la disminución de la flora bacteriana.
39. Verter agua sobre los genitales y repetir los pasos anteriores con el fin de eliminar el jabón.	El eliminar el jabón reduce la irritación de la piel.
40. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en idéntica secuencia.	El eliminar la humedad reduce el riesgo de infecciones locales.
41. Tomar una gasa y sujetar el pene y retornar el prepucio sobre el glande.	Previene complicaciones.
42. Colocar la pinza dentro del cubre paquete de manera que los anillos queden sobre el borde del cubre paquete.	Se evita la contaminación de otras superficies.
43. Retirar el bidé y colocar en la parte inferior del carro de procedimientos.	Evitar la contaminación de superficies con el equipo utilizado.



44. Colocar a la persona usuaria en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar el surco inter glúteo, de la siguiente forma: 44.1 Sujetar con la pinza foerster una torunda y aplicar jabón. 44.2 Separar los glúteos con la mano no dominante. 44.3 Limpiar el surco del área perianal hacia el sacro. 44.4 Repetir el paso con una torunda húmeda y luego con una torunda seca. 44.5 Colocar a la persona usuaria, pañal desechable o cruzado de tela y retirar la sábana movable.	Reduce la irritación de la piel e infecciones.
45. Colocar a la persona usuaria en posición cómoda.	Contribuye al bienestar físico y mental.
46. Descartar los desechos según normativa institucional.	Favorece un ambiente limpio y seguro.
47. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
48. Retirar los guantes.	Previene infecciones cruzadas.
49. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Previene infecciones cruzadas.
50. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
51. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Utilizar la cantidad de torundas necesarias para garantizar una limpieza adecuada del área genital y perianal.
2. En caso de menores de edad, realizar el procedimiento en presencia de un familiar o testigo, para evitar problemas legales.
3. Si la persona usuaria tiene episiotomía y otras heridas, mantener seca la región del periné para favorecer la cicatrización y observar por signos y síntomas de infección.
4. El funcionario de Enfermería es el responsable de detectar e identificar signos y síntomas de complicaciones durante el procedimiento y de reportar oportunamente a quién corresponda los hallazgos encontrados.
5. El personal de Enfermería debe realizar este procedimiento con TAMQ en personas usuarias con cirugía en genitales, sonda vesical u uretral entre otros.



ENF 021. Colocar y retirar el bidé u orinal.

Definición: actividad que se efectúa para colocar o retirar el bidé u orinal utilizado para realizar una necesidad fisiológica, considerando la comodidad y privacidad de la persona usuaria.⁵⁴

Objetivo: asistir a la persona usuaria encamada, para que realice la eliminación vesical o intestinal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. Objetos de aseo personal (toalla).
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 5.1 Papel higiénico.
 - 5.2 Pieza de papel Kraff.
 - 5.3. Palangana.
 - 5.4. Agua.
 - 5.5. Jabón.
 - 5.6. Sábana movable.
6. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 6.1 Bidé.
 - 6.2 Bolsa plástica negra (PRN).
7. Soporte para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Orientar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración de la persona.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar y trasladar el equipo a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.



4. Ofrecer privacidad a la persona usuaria.	Muestra respeto al pudor de la persona usuaria.
5. Colocar el EPP, según protocolo.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Colocar la palangana, agua, jabón y papel higiénico en la mesa de noche.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
7. Ofrecer bidé u orinal a la persona usuaria según sea el caso (en el varón, se coloca el orinal entre las piernas e introducir el pene).	Se favorece la comodidad de la persona usuaria.
8. Solicitar a la persona usuaria que flexione las piernas y se apoye en los talones; levante la cadera, mientras desliza la sábana movable y coloca el bidé debajo de los glúteos.	Favorece la colaboración y la colocación del equipo.
9. Colocar el bidé de la siguiente forma, cuando la persona usuaria no pueda realizarlo: 9.1 Solicitar a la persona usuaria que flexione las piernas y se apoye en los talones; levante la cadera, mientras desliza la sábana movable y coloca el bidé debajo de los glúteos. 9.2 En caso de que la persona usuaria no pueda realizar esta maniobra, incorporar un segundo funcionarios; el primer funcionario moviliza a la persona usuaria a la posición decúbito lateral, para ello coloca una mano a nivel de la escápula y la otra a nivel de la cadera, el segundo funcionario desliza la sábana movable y coloca el bidé sobre la cama entre ambos glúteos. Entre los dos funcionarios colocan a la persona usuaria en decúbito dorsal encima del bidé.	Favorece la autonomía de la persona usuaria. Favorece la ejecución del procedimiento.
10. Proporcionar privacidad para que la persona usuaria realice sus necesidades fisiológicas.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
11. Ofrecer a la persona usuaria, si la condición lo permite, papel higiénico, si no, colocar los guantes y realizar la limpieza del área anal o genital.	Favorece la independencia.
12. Retirar el bidé. 12.1 Ofrecer el papel higiénico a la persona usuaria para la limpieza por sí misma, en caso de que su condición lo permita. 12.2 Solicitar a la persona usuaria que eleve los glúteos apoyándose en los talones y retirar el bidé, colocarlo en	Favorece la reducción del sobre esfuerzo físico, al movilizar a la persona usuaria. Evita la dispersión de aerosoles.



<p>la parte inferior del carro de procedimientos, cúbralo con la pieza de papel Kraft.</p> <p>12.3 Consultar a la persona usuaria, si necesita de ayuda para completar la limpieza; en cuyo caso se debe de lateralizar para facilitar el procedimiento.</p> <p>12.4 Retirar la sábana movable y descartar en el soporte de ropa sucia.</p> <p>12.5 En caso de que la persona usuaria no pueda levantar los glúteos, incorporar un segundo funcionario; el primer funcionario moviliza a la persona usuaria a la posición decúbito lateral, para ello coloca una mano a nivel de escapula y la otra a nivel de la cadera. El segundo funcionario retira el bidé colocándolo en la parte inferior del carro de procedimientos, cúbralo con la pieza de papel Kraft y proceda a realizar la limpieza del área genital de la persona usuaria.</p> <p>12.6 Retirar sábana movable y descartar en soporte de ropa sucia.</p>	
13. Valorar las características de las eliminaciones o evacuaciones.	Permite detectar signos de alerta.
14. Realizar cambio de ropa, en presencia de derrames de heces u orina.	Favorece la comodidad y disminuye el riesgo de infecciones.
15. Proporcionar a la persona usuaria palangana, agua, jabón y paño para realizar el lavado de manos.	Previene infecciones cruzadas y ofrece comodidad.
16. Dejar cómoda a la persona usuaria.	Brinda comodidad y confort a la persona usuaria.
17. Trasladar el bidé y descartar su contenido en el inodoro, enjuagar los restos de materia orgánica.	Favorece ambiente limpio y seguro.
18. Colocar el bidé u orinal en el cuarto séptico para su lavado terminal.	Se favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
19. Retirar guantes.	Previene las infecciones cruzadas.
20. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Previene las infecciones cruzadas.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Asistir a la persona usuaria que no pueda sostener por si misma el orinal, utilizando guantes limpios. Promover la mayor autonomía de la persona usuaria.



2. Previa valoración de la condición física y mental de la persona usuaria, se le dejará un momento a solas para mayor comodidad y que realice sus eliminaciones en un ambiente tranquilo.
3. Las personas en aislamiento, se manipularán las excretas, según lo indicado en la normativa institucional.



ENF 022. Baño del recién nacido

Definición: es una medida de higiene que se efectúa al recién nacido (RN), dentro de la incubadora, o su cuna para mantener la piel limpia, sin exponerlo a cambios bruscos de temperatura.^{55,56,57}

Objetivo: proporcionar comodidad y bienestar físico al recién nacido, eliminando sustancias de desechos, estimular la circulación sanguínea, valorar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la piel.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles en caso necesario).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 4.1 Toallas o piezas de tela.
 - 4.2 Agua.
 - 4.3 Paño.
 - 4.4 Jabón neutro.
 - 4.5 Hisopos de algodón.
 - 4.6 Equipo de higiene bucal.
 - 4.7 Palangana o vasija de esponja.
 - 4.8 Ropa de cama.
 - 4.9 Pañal.
5. Soporte para descartar ropa sucia.
6. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Comprobar la identificación del RN.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



3. Preparar el equipo completo.	Se evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
4. Realizar higiene de manos.	Previenen las infecciones cruzadas.
5. Colocar el EPP.	Es una medida de prevención de infecciones.
6. Colocar al RN sobre una superficie plana y segura.	Se promueve la seguridad del paciente.
7. Abrir el equipo y en la vasija de esponja, verter agua tibia. (aproximadamente entre 35- 37 °C).	Previene descenso de la temperatura en el RN.
8. Verificar que no haya corriente de aire.	Previene la pérdida de calor corporal.
9. Promover un ambiente tranquilo y seguro.	Se disminuye el estrés y brinda confort al RN
10. Aflojar los bordes de las sábanas de la incubadora o la cuna.	Facilita el cambio de las sábanas.
11. Limpiar el ojo con toalla húmeda, del lagrimal hacia el ángulo externo sin devolverse y repita la acción en el otro ojo. ⁵⁸	Reduce las secreciones y protege de lesiones.
12. Limpiar la nariz, utilizar toallas húmedas con movimientos circulares, uno para cada fosa nasal.	Reduce las secreciones y el riesgo de infecciones.
13. Limpiar el pabellón auricular con toallas húmedas, limpiar cada uno y secar.	Reduce las secreciones y el riesgo de infecciones.
14. Realizar la higiene bucal, utilizar el equipo indicado o envuelva su dedo con una gasa húmeda y con movimientos suaves y en forma circular limpiar la cavidad oral.	Reduce las secreciones y el riesgo de infecciones.
15. Limpiar con una toalla húmeda el resto de la cara, cuello y secar.	Evita irritación y crecimiento de bacterias.
16. Sostener la cabeza y limpiar con toalla húmeda y jabón neutro, proceder a lavar con agua y secar.	Eliminar las sustancias de desecho de la piel.
17. Aplicar con toalla húmeda el jabón neutro en los brazos y tórax abdomen, espalda y miembros inferiores, proceder a lavar con agua y secar.	Eliminar las sustancias de desecho de la piel.
18. Limpiar con toallas húmedas o torundas humedecidas con agua y jabón los glúteos, luego los genitales y secar. 19.1 Niñas: separar los labios mayores y limpiar de arriba hacia abajo y luego secar en igual forma. 19.2 Niños: retraer suavemente el prepucio, limpiar en forma circular del meato urinario al cuerpo del pene sin devolverse.	Reduce las secreciones y el riesgo de infecciones.




19. Retirar parcialmente las sábanas húmedas, proceder al cambio de estas y colocar al RN en el área seca.	Se mantiene un ambiente libre de humedad.
20. Colocar la ropa personal, según los requerimientos.	Se toma en cuenta la condición clínica del RN.
21. Retirar la ropa húmeda y finalizar el procedimiento de cambio de ropa de la unidad.	Se mantiene un ambiente libre de humedad.
22. Realizar el cuidado del ombligo de la siguiente forma: 23.1 Realizar higiene de manos y colocar guantes. 23.2 Limpiar con aplicador y agua estéril el área del muñón, retirar los restos de secreciones. 23.3 Secar con aplicador. 23.4 Aplicar antiséptico según norma institucional y dejar secar.	Previene infecciones, favorece la cicatrización.
23. Terminar de vestir al RN, según requerimiento.	Favorece la comodidad.
24. Colocar al RN en la posición indicada.	Es una medida de confort y prevención de lesiones.
25. Descartar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
26. Realizar el cuidado posterior del equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
27. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
28. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Previene infecciones cruzadas.
29. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. En las primeras 48 horas posteriores al nacimiento se debe realizar una limpieza de secreciones y restos sanguinolentos del parto principalmente en la cabeza, no se aconseja retirar el vórnix.
2. El baño en niños de 48 horas de nacidos se retira el jabón introduciéndolo en la palanga con agua tibia si no existe contraindicación. Se debe sujetar de manera segura, colocar una mano por debajo de la axila de forma que la cabeza, el cuello, los hombros reposen sobre el brazo y la mano del funcionario. Se recomienda que el baño no se prolongue más de cinco minutos.
3. Si el RN, tiene sonda Foley realizar higiene perianal según protocolo.
4. Mantener la observación constante del RN durante el baño como medida preventiva.
5. Verificar la temperatura del agua antes de realizar el baño.
6. En niños prematuros se realiza la higiene según normativa institucional.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 87 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 023. Preparación del cuerpo de la persona usuaria fallecida

Definición: son los cuidados higiénicos que se le brindan al cuerpo de la persona fallecida.⁵⁸

Objetivo: preparar el cuerpo de la persona fallecida en un ambiente de respeto y dignidad.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Vendas de gasa.
 - 3.2 Torundas de algodón.
 - 3.3 Cinta adhesiva.
 - 3.4 Piezas de telas.
 - 3.5 Dos sábanas.
 - 3.6 Pañal PRN.
 - 3.7 Agua y jabón.
 - 3.8 Palangana.
 - 3.9 Pulsera de identificación.
4. Soporte para descartar ropa sucia.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar a la persona fallecida mediante la pulsera.	Evita errores en la identificación.
2. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el equipo y llevar a la unidad de la persona fallecida.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.



4. Aislar el cadáver entre cortinas o biombos.	Actitud de respeto y consideración a los dolientes y las otras personas usuarias.
5. Preparar una cinta adhesiva, con los datos de identificación de la persona fallecida.	Favorece la identificación correcta del cadáver.
6. Colocar el EPP.	Cumple con las medidas de precaución estándar.
7. Levantar el respaldar de la cama de 15 a 20 grados y colocar el cuerpo en decúbito supino.	Evita la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
8. Cerrar los párpados de ambos ojos, aspirar cavidad oral (en caso necesarios), colocar prótesis dental y cerrar la boca con venda de gasa.	Favorece la expresión natural de la persona fallecida.
9. Retirar la ropa, almohadas, otros accesorios y dejar el cuerpo desnudo cubierto con una sábana.	Favorece la ejecución del procedimiento.
10. Retirar los dispositivos externos, drenajes y apósitos o cortarlos en caso de que no se pueden retirar, teniendo cuidado de no causar heridas tisulares.	Favorece el cuidado del cuerpo de la persona.
11. Realizar la limpieza general del cuerpo con agua y jabón.	Favorece el cuidado del cuerpo de la persona.
12. Aplicar presión sobre el área de la vejiga (si la persona no tiene sonda vesical), para desocuparla.	Minimiza el riesgo de fuga de líquido.
13. Colocar pañal si presenta incontinencia fecal.	Minimiza el riesgo de fuga de líquido.
14. Realizar taponamiento de orificios naturales (oídos, fosas nasales, ano, la vagina) con torundas de algodón y cubra todo tipo de incisión y lesiones con apósitos. (Valorar si se requiere suturar aquellas heridas y ostomías que drenen abundantemente).	Disminuye la presencia de secreciones.
15. Lateralizar el cuerpo, retirar en forma envolvente la sábana inferior por debajo del mismo.	Favorece la ejecución del procedimiento.
16. Colocar sobre el colchón una sábana limpia en forma diagonal y lateralizar hacia el lado opuesto de forma que	Facilita el embalaje.



el cuerpo quede ubicado en el centro de la sábana, con los brazos a los lados.	
17. Técnica de envoltura del cuerpo fallecido: 16.1 Tomar la esquina lateral de la sábana y pasar la misma por encima del cuerpo de tal forma que lo mantenga en su posición, prensar el extremo de la sábana por debajo del cuerpo. 6.2 Tomar la otra esquina lateral de la sábana y pasarla por encima del cuerpo, sobre el extremo de la sábana que se colocó previamente. 6.3 Fijar el extremos con una cinta adhesiva. 6.4 Tomar la esquina inferior de la sábana y cubrir los pies asegurándola con la cinta adhesiva. 6.5 Tomar la esquina superior y tapar la cara en forma de capuchón, colocar la cinta adhesiva.	Facilita la ejecución de la mortaja.
18. Colocar sobre la sábana a nivel del tórax la cinta adhesiva con la identificación de la persona fallecida.	Favorece la identificación del cuerpo.
19. Pasar el cuerpo entre dos funcionarios de la cama a la camilla de transporte.	Es una medida de seguridad.
20. Cubrir el cadáver con una sábana.	Favorece la disposición final del cuerpo.
21. Descartar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
22. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
23. Retirar el EPP y realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de infecciones cruzadas.
24. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia



Consideraciones:

1. Si los familiares se encuentran presentes, otorgarles el espacio y tiempo oportuno con la persona fallecida para favorecer el duelo.
2. Constatar que los datos del certificado de defunción correspondan a la persona usuaria fallecida.
3. Disponer de la pertenencias de la persona fallecida, según normativa institucional vigente.
4. Valorar la colocación de piezas absorbentes (apósitos especiales o pañal desechable) ante la presencia de abundantes líquidos que no se contengan con el taponamiento durante la ejecución del procedimiento.
5. Realizar el procedimiento y traslado a la morgue entre dos personas.
6. Considerar la normativa o lineamientos institucionales establecidos, para la disposición y preparación del cuerpo de personas fallecidas con enfermedades infectocontagiosas,
7. Los dispositivos reutilizables como marcapaso, se deben retirar y realizar el trámite de devolución correspondiente, según establece la institución.
8. Seguir la normativa institucional en lo referente a la donación de órganos,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 91 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

4. Técnicas asépticas

ENF 024. Lavado de manos común

Definición: remoción mecánica de la suciedad y flora transitoria de las manos a través de una fricción vigorosa utilizando agua y jabón. Durante unos 30-40 segundos.^{23,24,48,59,60}

Objetivo: disminuir la flora residual y eliminar la flora transitoria de las manos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional de enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Jabón líquido.
2. Toallas de papel.
3. Lavamanos con fuente de agua.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.


Actividades de Enfermería	Justificación
1. Mojar las manos con suficiente agua.	Favorece el arrastre mecánico de los microorganismos, que pueden ser adquiridos durante la atención de la persona usuaria, artículos y otros.
2. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos.	La efectividad del jabón se activa en presencia de agua. El jabón tiene propiedades detergentes que retiran sustancias orgánicas.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí.	Ayuda a la remoción de los microorganismos.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.	Elimina los microorganismos.

5. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.	Las zonas interdigitales son fuentes de contaminación.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.	Remoción de microorganismo en el dorso de los dedos.
7. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.	Los movimientos circulares limpian más efectivamente y la fricción produce una acción mecánica profunda.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la cara anterior de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	Mantener las uñas cortas y sin esmalte, para favorecer la remoción de los microorganismos.
9. Enjuagar las manos con agua, mantener las manos elevadas y los brazos separados del cuerpo.	Ayuda a la eliminación de los microorganismos.
10. Secar las manos con una toalla de un solo uso.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
11. Secar las manos en forma rotativa, sin devolverse, con el extremo opuesto y seque la otra mano de igual manera.	Tocar una superficie sucia contamina las manos.
12. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.	Evita contaminar las manos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.⁶⁰

Consideraciones:

1. Cumplir con lo establecido en las normas institucionales para la Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias de la CCSS donde se menciona que no se debe portar anillos, brazaletes, reloj de puño y otros adornos en las manos. Las uñas deben mantenerse recortadas que no sobrepasen el pulpejo, sin esmalte y no artificiales.⁶²

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 93 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 025. Lavado de manos clínico

Definición: remoción mecánica de la suciedad y flora transitoria de las manos y antebrazos a través de una fricción vigorosa utilizando agua y jabón durante unos 40 a 60 segundos.^{23,24,48,59,60,61,62}

Objetivo: disminuir la flora residual y eliminar la flora transitoria de las manos y antebrazos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Jabón líquido.
2. Toallas de papel.
3. Lavamanos con fuente de agua potable.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Mojar las manos y los antebrazos con suficiente agua.	Favorece el arrastre mecánico de los microorganismos, que pueden ser adquiridos desde los pacientes, artículos y otros.
2. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos y antebrazos.	La efectividad del jabón se activa en presencia de agua. El jabón tiene propiedades detergentes que retiran sustancias orgánicas.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí.	El movimiento mecánico ayuda a la remoción de los microorganismos.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.	Elimina los microorganismos.
5. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.	Las zonas interdigitales son fuentes de contaminación.



6. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.	La fricción produce una acción mecánica profunda.
7. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.	Los movimientos circulares limpian más efectivamente y la fricción produce una acción mecánica profunda.
8. Frotar la punta o yema de los dedos de la mano derecha contra la cara anterior (palma) de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación de los dedos. Hacer los mismos movimientos de los dedos con la mano izquierda.	Mantener las uñas cortas y sin esmalte, para favorecer la remoción de los microorganismos.
9. Lavar hasta el antebrazo con movimientos rotatorios.	La fricción produce una acción mecánica profunda.
10. Enjuagar con abundante agua desde los dedos hasta el codo, evitar que el agua se devuelva. Primero un brazo, luego el otro en una sola dirección.	Ayuda a la eliminación de los microorganismos.
11. Mantener las manos elevadas y los brazos separados del cuerpo.	Evita la contaminación de las manos.
12. Secar las manos y antebrazos con una toalla en forma rotativa, sin devolverse y seque la otra mano, antebrazo de igual manera.	Tocar una superficie sucia contamina las manos.
13. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.	Evita contaminar las manos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

Existe otro tipo de lavado de manos llamado “Lavado de Manos Quirúrgico, el cual se utiliza para lograr un alto grado de asepsia en el momento previo y posterior a una cirugía. Se realiza las actividades descritas en el lavado de manos clínico. Otras acciones para el lavado de manos quirúrgico son las siguientes:^{61,62, 63}

1. Lavar las uñas con un dispositivo para este fin.
2. Lavar frotando con jabón los cuatro planos de cada uno de los dedos, manos, antebrazos hasta seis cm después del codo en cada miembro.
3. Mantener el jabón antiséptico en contacto con la piel al menos por 10 segundos.
4. Mantener las manos en un nivel por encima de la cintura todo el tiempo.
5. Realizar el enjuague mediante un solo movimiento, evite mover los brazos hacia atrás y hacia adelante.
6. Secar las manos y el brazo con toalla estéril, en forma rotativa y en un solo movimiento.
7. Dirigirse a la sala de operaciones sosteniendo las manos en un nivel por encima de los codos.



ENF 026. Higiene de manos con solución antiséptica

Definición: consiste en friccionar las manos con un antiséptico que puede ser a base de alcohol, durante unos 20-30 segundos.⁶⁴

Objetivo: aplicar un antiséptico a base de alcohol al 70% para disminuir la flora bacteriana de las manos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Solución Alcohólica.
2. Dispensador solución antiséptica.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Depositar en la palma de las manos una porción del producto de la solución alcohólica, suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.	El alcohol demuestra ser efectivo en la disminución de microorganismos.
2. Frotar la palma de las manos entre sí.	Ayuda a la remoción de los microorganismos.
3. Frotar la palma de las manos: derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	Elimina los microorganismos.
4. Frotar la palma de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.	Las zonas interdigitales son fuentes de contaminación.
5. Frotar los dorsos de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	La fricción produce una acción mecánica profunda.
6. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma derecha y viceversa.	Los movimientos circulares limpian más efectivamente y la fricción produce una acción mecánica profunda.



7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	La fricción produce una acción mecánica profunda y elimina los microorganismos que se albergan en la piel.
8. Esperar de 20 a 30 segundos para verificar que las manos estén secas.	El mayor tiempo de exposición del antiséptico con la piel favorece su acción.

Fuente: elaboración propia.

Los cinco momentos en los cuales se debe realizar la higiene de manos son:

Cuadro No. 2. Cinco Momentos para la higiene de manos.

<p>1- Antes de tocar al paciente: ¿Por Qué? Para proteger al paciente de la colonización (y, en algunos casos, de la infección exógena) de gérmenes nocivos presentes en sus manos. ¿Cuándo? Limpie sus manos antes de tocar a un paciente cuando se acerque a él.</p>
<p>2- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica ¿Por Qué? Para evitar que gérmenes perjudiciales, incluidos los del paciente, infecten el organismo de éste. ¿Cuándo? Limpie sus manos inmediatamente antes de tocar algo que pueda generar un riesgo grave de infección del paciente (por ejemplo, una membrana mucosa, piel dañada, un dispositivo médico invasivo).</p>
<p>3- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales ¿Por Qué? Para protegerse de la colonización o infección de gérmenes nocivos del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. ¿Cuándo? Limpie las manos en cuanto finalice cualquier actividad que entrañe riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).</p>
<p>4- Después de tocar al paciente ¿Por Qué? Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria ¿Cuándo? Limpie sus manos cuando termine la visita al paciente, si lo ha tocado.</p>
<p>5- Después del contacto con el entorno del paciente ¿Por Qué? Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente que pudieran estar presentes en superficies/objetos de sus inmediaciones, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria ¿Cuándo? Limpie sus manos después de tocar cualquier objeto o mueble cuando finalice la visita a un paciente, sin haberlo tocado.</p>

Fuente: OMS²⁴

Figura No 1. Infografía: cinco momentos para la higiene de las manos



Fuente: OMS⁶⁴

Consideraciones:⁶⁴

1. Realizar lavado de manos, cada vez que se considera están sucias o se han expuesto a sangre u otros fluidos corporales.
2. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria, por ello siempre debe realizarse la higiene de mano en los cinco momentos de la atención a la persona usuaria, según la recomendación de la OMS.
3. La higiene de las manos es la medida más importante para evitar las infecciones asociadas con la atención sanitaria.
4. Cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas, el método preferible consistirá en lavarse las manos con agua y jabón.



ENF 027. Colocación y retiro de la bata estéril

Definición: es la colocación y retiro de una barrera de protección entre la persona usuaria y el funcionario, durante la atención de salud.

Objetivo: evitar la transmisión de microorganismos por contacto directo entre la persona usuaria quien recibe la atención y el funcionario de salud.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Bata estéril.
2. Soporte para descartar ropa sucia.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar el lavado de manos clínico.	Previene infecciones cruzadas.
2. Colocar el paquete que contiene la bata en una superficie limpia.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Retirar la cinta de verificación del proceso esterilidad, sujetar el paquete con los dedos pulgar e índice del extremo expuesto del cobertor, halar hacia el lado distal, luego los laterales y por último el lado proximal.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Sujetar la bata por la parte interna del cuello y sacarla totalmente del paquete. Evitar que la bata esté en contacto con otras superficies.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
5. Desdoblar la bata y evitar que toque el suelo u otras superficies.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Introducir ambas manos en la parte superior interna de la bata, sujetar las costuras de las mangas y deslizar simultáneamente ambos brazos en las mangas hasta llegar al puño con movimientos suaves para evitar la contaminación de la bata.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.




7. Mantener los brazos en alto hacia el frente y separados del cuerpo.	Evita la contaminación de la bata.
8. Solicitar ayuda para jalar la bata sobre los hombros, tocar solamente la parte interna del cuello. Atar las amarras del cuello y la cintura.	La bata se considera estéril por el frente, no así la espalda.
Retiro de la bata	
1. Solicitar a otro funcionario soltar las amarras cuello y la cintura de la bata.	Facilita el retiro de la bata.
2. Halar con los dedos índice y medio de la mano dominante, el puño de la manga contraria, evite sacar por completo el brazo, dejando que la mano quede protegida por el puño de la bata.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Sujetar con la mano protegida el puño de la otra manga, halar, sacar completamente el brazo y sujetar el cuello de la bata por la parte interna.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Sacar la mano protegida, doblar la bata con la parte externa hacia adentro y descartar en el soporte para ropa sucia,	Evita la contaminación.
5. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:^{65,66}

1. La bata debe cambiarse cada vez que se necesite protección para una técnica más segura.
2. La bata se considera estéril de la cintura a la mitad del tórax por delante y hasta los codos en los brazos, se evitará tocar la parte distal con las manos.
3. La ropa sucia debe descartarse según normativa, para evitar contaminar superficies.
4. El uso correcto de la ropa estéril previene la transmisión de microorganismos.
5. Retirar los guantes primero antes del retiro de la bata.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 100 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 028. Colocación y retiro de guantes quirúrgicos

Definición: consiste en la colocación y retiro de guantes estériles, cuyo propósito es actuar de barrera de protección para impedir la diseminación y transmisión de microorganismos patógenos.⁶⁷

Objetivos: ejecutar correctamente la técnica de colocación de guantes estériles.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Guantes quirúrgicos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar el lavado de manos clínico.	Previene las infecciones cruzadas.
2. Colocar el empaque que contiene los guantes sobre una superficie plana y limpia.	Disminuye la trasmisión cruzada de microorganismos.
3. Verificar la integridad del paquete.	Asegura la esterilidad del guante.
4. Abrir el paquete por donde indica la envoltura externa de los guantes.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
5. Abrir con técnica la cubierta interna para dejar visibles los guantes.	Asegura la técnica aséptica.
6. Observar que los guantes están rotulados de la siguiente manera: (“R” que significa Right para el guante que irá en la mano derecha “L” que significa Left para el guante que irá en la mano izquierda).	Asegura la colocación del guante en la mano correspondiente.
7. Tomar los bordes y abrir por el exterior, ampliar el papel con la precaución de no tocar los guantes.	Evita la contaminación de los guantes.



8. Sujetar con mano no dominante la parte interna del puño del guante, con el dedo pulgar e índice en forma de pinza, aproximadamente un cm, (el dedo pulgar dentro del guante), levantarlo alejado del cuerpo y de objetos e introducir la mano dominante en forma de pala con el pulgar sobre la palma mirando hacia arriba y ajustar el guante a su mano.	Evita la contaminación de los guantes.
9. Introducir la mano enguantada en forma de pala en los dobles del otro guante con los dedos mirando hacia usted.	Evita la contaminación de los guantes.
10. Introducir la mano no dominante en el guante y ajustar los dedos.	Evita la contaminación de los guantes.
11. Ajustar el puño del guante y cubrir el puño de la manga de la bata.	Evita la contaminación de los guantes.
Técnica de retiro de los guantes	
1. Retirar el primer guante, tomar el borde del puño por la cara externa de éste y hale suavemente dando vuelta completamente al guante.	Evita la diseminación de microorganismo y la contaminación de superficies.
2. Retirar el segundo guante, introduciendo el dedo pulgar por la cara interna y hale suavemente dando vuelta completamente al guante.	Evita la diseminación de microorganismos y la contaminación de superficies.
3. Depositar los guantes contaminados en el recipiente para biopeligrosos.	Favorece ambiente limpio y seguro.
4. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

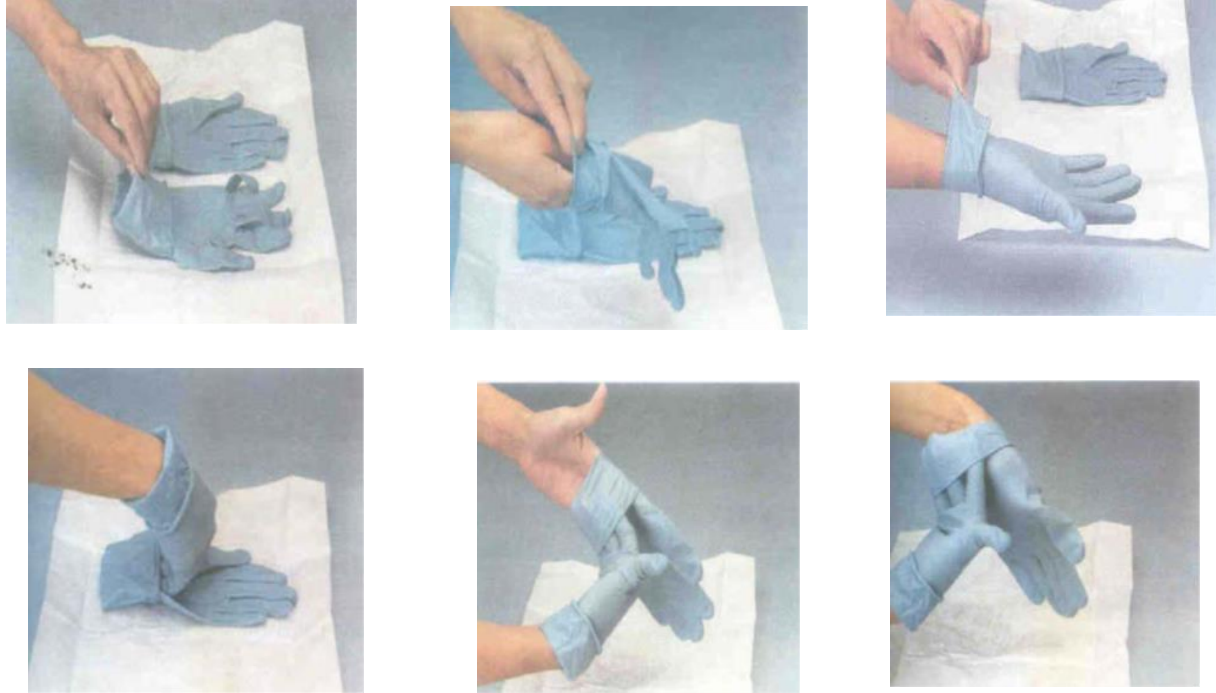
Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. La colocación de guantes no reemplaza el lavado de las manos.
2. Cualquier alteración en los guantes significa pérdida de la esterilidad.
3. Los guantes deben cambiarse en la atención a distintas personas usuarias, en los cuidados de una misma persona, si es necesario pasar de una zona más contaminada a una zona más limpia, al cambiar de actividad o procedimiento y en caso de sufrir una salpicadura, rotura o perforación.⁶⁷

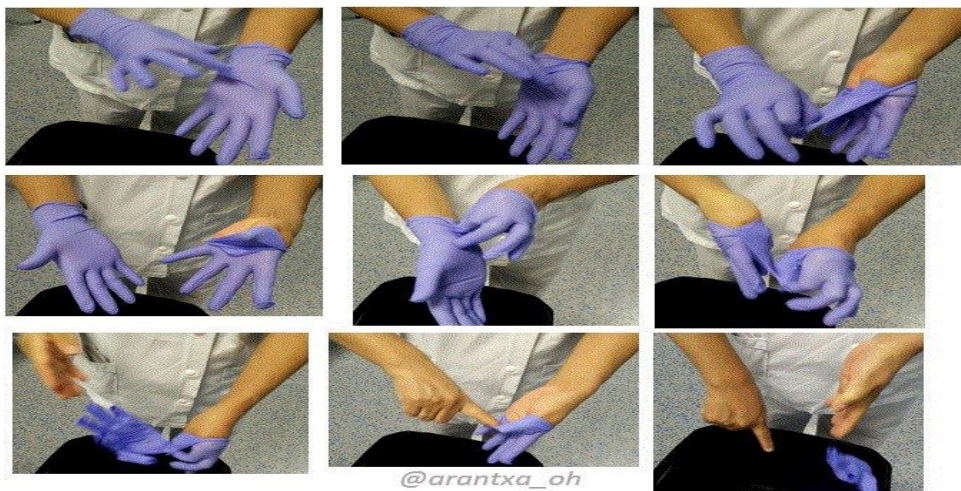


Figura No 2: Colocación de guantes



Fuente: https://nanopdf.com/download/riesgos-biologico-en-odontologia-pdf_pdf

Figura No 3: Retiro de guantes



@arantxa_oh

Fuente: https://twitter.com/arantxa_oh/status/992325603218030592



ENF 029. Colocación y retiro del equipo de protección personal (EPP)

Definición: es la colocación y retiro de indumentaria específica para evitar la transmisión de los microorganismos patógenos.^{64,65,66,67,68,69,70}

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Objetivo: colocar y retirar de una forma segura la indumentaria específica para evitar la transmisión de microorganismos patógenos durante la ejecución de los procedimientos.

Material y equipo:

1. EPP.
 - 1.1 Botas.
 - 1.2 Bata limpia o descartable.
 - 1.3 Mascarilla quirúrgica o respirador (N95).
 - 1.4 Lentes de seguridad reutilizables.
 - 1.5 Gorro.
 - 1.6 Guantes.
2. Recipiente para descartar desechos.
3. Recipiente para descartar equipo reutilizable.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar lavado de manos clínico.	Previene las infecciones cruzadas.
2. Reunir el equipo e inspeccionar que sea del tamaño adecuado y se encuentre en buenas condiciones.	Ahorra tiempo, optimiza el procedimiento y asegura al funcionario la protección a la exposición de contaminantes.
Colocación del EPP	
3. Colocar las botas: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Tomar la bota con ambas manos e introducir el pie dentro de la bota. 3.2 Ubicar el lazo de amarre en la parte posterior de la pierna. 	<p>Protege el calzado contra la exposición de salpicaduras o derrames de fluidos contaminantes.</p> <p>Evita la transferencia de microorganismos de una zona a otra.</p>



<p>3.3 Repetir procedimiento con el otro pie.</p>	
<p>4. Colocar la bata limpia descartable: 4.1. Cubrir con la bata la totalidad del cuerpo, desde el cuello hasta por debajo de las rodillas, los brazos hasta las muñecas. 4.2. Atar las tiras de la bata a la espalda, de manera que se cubra la vestimenta particular.</p>	<p>Es una barrera de protección para la piel e impide que la ropa del personal se contamine.</p>
<p>5. Mascarilla: 5.1 Respirador (N95): 5.1.1 Colocar el respirador en la mano no dominante de manera que la parte cóncava quede en la palma de la mano, sin tocar el interior, y de forma tal que las cintas elásticas queden colgando en la parte posterior de la mano. 5.1.2 Llevar el respirador al rostro apoyándolo en la base de la barbilla y cubrir el mentón, boca y nariz. 5.1.3 Llevar la banda elástica inferior con la mano dominante por detrás de la cabeza y ubicar por debajo de las orejas a la altura del cuello. 5.1.4 Tomar la banda superior y ubicarla en la parte superior de las orejas, a la altura de la coronilla. 5.1.5 Presionar simultáneamente con los dedos índice y medio de ambas manos el clic de aluminio ubicado en la base de la nariz para moldearlo. 5.1.6 Verificar el ajuste del sello respiratorio de la siguiente manera: coloque ambas manos cerca de todos los bordes del respirador, mediante la inhalación y exhalación, compruebe que no exista fuga de aire. 5.2 Mascarilla quirúrgica: 5.2.1 Amarrar las cintas inferiores a la altura del cuello. 5.2.2 Acomodar con ambas manos la mascarilla desde la barbilla hasta la nariz. 5.2.3 Atar las cintas superiores al nivel de la coronilla. (parte superior de la cabeza).</p>	<p>Actúa como filtro para disminuir el peligro de transmisión de microorganismos patógenos.</p> <p>En caso de colocación inadecuada debe repetir el proceso.</p>
<p>6. Lentes de seguridad: 6.1 Tomar la banda elástica o patillas, y posesionar por detrás de la cabeza. 6.2 Verificar que el implemento no desajuste el respirador.</p>	<p>Protege la mucosa de los ojos contra salpicaduras de fluidos corporales infecciosos.</p>



<p>7. Gorro: 7.1 Introducir las manos dentro del gorro. 7.2 Colocar el gorro cubriendo desde la frente hasta el cuello, abarcar las orejas y la totalidad del cabello.</p>	<p>Protege la totalidad del cabello contra salpicaduras de fluidos infecciosos.</p>
<p>8. Guantes: 8.1 Colocar los guantes de manera que queden cubiertos los puños de las mangas de la bata y no queden expuestas las muñecas.</p>	<p>Reducen el riesgo de contaminación por contacto directo con fluidos corporales.</p>
Retiro del EPP	
<p>1. Guantes: 1.1 Tomar el primer guante por la parte exterior, retírelo y manténgalo en la mano enguantada. 1.2 Deslizar los dedos de la mano sin guante por debajo del guante que aún no se ha retirado, a la altura de la muñeca y retirar el guante cubriendo el primero. 1.3 Descartar en el recipiente de desechos bioinfecciosos.</p>	<p>Disminuye el riesgo de contacto directo con fluidos contaminantes.</p>
<p>2. Gorro: 2.1 Retirar el gorro introduciendo los dedos a nivel de las orejas. 2.2 Descartar en recipiente de desechos bioinfecciosos.</p>	<p>Asegura el riesgo de exposición a agentes contaminantes.</p>
<p>3. Bata descartable: 3.1 Desatar las cintas de la parte de atrás a nivel de la cintura, y continuar desatando el velcro o cintas del cuello. 3.2 Deslizar la bata desde el cuello y los hombros, tocando solamente su interior, enróllela al revés, sin sacudirla. 3.3 Descartar en el recipiente de desechos bioinfecciosos.</p>	<p>Protege de la exposición del contacto directo con fluidos corporales.</p>
<p>4. Bota: 4.1 Desatar el lazo de las botas. 4.2 Retirar cada bota evitando tocar la parte externa. 4.3 Descartar en el recipiente de desechos bioinfecciosos y si son de tela en la canasta para ropa.</p>	<p>Protege al personal sanitario a la exposición del contacto directo a contaminantes.</p>



<p>5. Lentes de seguridad:</p> <p>5.1 Tomar de las bandas elásticas o patillas, evitar tocar otra de sus partes.</p> <p>5.2 Depositar en el recipiente destinado, para posteriormente limpiar y desinfectar, o desechar según tipo de lentes.</p>	<p>Evita la contaminación de la mucosa del ojo, a fluidos contaminantes.</p>
<p>6. Mascarilla:</p> <p>6.1 Respirador (N95):</p> <p>6.1.1 Tomar la banda elástica inferior del respirador con ambas manos y pasar por encima de la cabeza y sujetarla con la mano no dominante.</p> <p>6.1.2 Tomar la banda superior con la mano dominante y pásela por encima de la cabeza.</p> <p>6.1.3 Alejar del rostro con ambas manos.</p> <p>6.1.4 Descartar en el recipiente según normativa.</p> <p>6.2 Mascarilla quirúrgica:</p> <p>6.2.1 Desatar las cintas inferiores a nivel del cuello.</p> <p>6.2.2 Desatar las cintas superiores a nivel de la coronilla, alejándola del rostro.</p> <p>6.2.3 Descartar en el recipiente según normativa.</p>	<p>Previene la contaminación por agentes infecciosos</p>
<p>7. Realizar lavado de manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.</p>

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Identificar los mecanismos de transmisión con el fin de hacer uso correcto de las barreras de protección. Utilizar el equipo completo de protección personal depende del riesgo de contaminación o protección que requiere el funcionario o la persona usuaria (tipos de aislamientos).
2. Se debe mantener las uñas cortas, naturales y sin esmalte.
3. Retire todo tipo de artículo personal como alhajas (anillos, aretes, pulseras, reloj), lapiceros, celulares, entre otros.
4. El bello facial prominente (barba o el bigote) puede impedir la funcionalidad correcta del respirador.
5. En caso de portar camisa con cuello, debe doblarlo hacia el interior y recoja las mangas largas doblándolas a un nivel del codo.
6. El EPP no es reutilizable, en caso de material reutilizable (lentes) debe utilizarse una única vez para luego brindarle limpieza y desinfección.
7. El agregar prendas adicionales al EPP puede dificultar el proceso durante el retiro, lo cual conlleva al riesgo de auto-contaminación.



8. No manipule la mascarilla con los guantes contaminados.
9. Retírese el EPP sin agitarlo, con movimientos controlados, sea consciente de los pasos que realiza.
10. El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.
11. El respirador o mascarilla no se debe dejar colgando del cuello.
12. Retírese el EPP inmediatamente después de cumplida la atención.
13. Para retirarse el EPP, recuerde: debe quitarse los elementos en el orden de mayor probabilidad de contaminación a menor probabilidad.
14. El EPP se utiliza para realizar diferentes procedimientos de Enfermería, el uso de los artículos varía en cada uno, sin embargo en el caso de la atención a personas inmunosuprimidas entre otras patologías, el orden de colocación y retiro se modifica de la siguiente forma:
 - 14.1 **Colocación:** botas, gorro, mascarilla, lentes, bata y guantes estériles.
 - 14.2 **Retiro:** guantes, bata estéril, mascarilla, gorro, lentes, y botas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 108 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

5. Movilización de la persona

ENF 030. Cambios posturales de la persona usuaria

Definición: los cambios posturales son las modificaciones a las posiciones corporales que se le realizan a la persona en cama.⁷¹

Objetivo: mantener a la persona usuaria en la cama en una correcta alineación del cuerpo y disminuir el riesgo de complicaciones por la falta de movilidad.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Almohadas y cojines.
 - 4.2 Férulas.
 - 4.3 Sábanas.
 - 4.4 Insumos de protección de protuberancias óseas.
 - 4.5 Cremas humectantes.
 - 4.6 Agua.
 - 4.7 Jabón.
 - 4.8 Pieza de tela.
 - 4.9 Pañal (en caso necesario).
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 5.1 Bidé u orinal.
6. Soporte para descartar ropa sucia.
7. Grúa (opcional)
8. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Colocar el EPP.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad de la persona usuaria.	Reduce tiempo y esfuerzo.
5. Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad a la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona.
6. Colocar la cama en posición horizontal	Facilita la movilización de la persona.
7. Retirar la almohada y deslizar la ropa superior de la cama (cobija, colcha) a los pies de la persona usuaria.	Favorece la ejecución del procedimiento.
8. Revisar si está miccionado o defecado y realizar higiene del área genital ENF 020.	Medida de higiene y comodidad.
9. Movilizar la cabeza, hombros y tronco de la persona usuaria hacia el lado que se requiere mover, aplicar la mecánica corporal.	Facilita la movilización de la persona usuaria y previene accidentes laborales.
10. Utilizar los siguientes tipos de posiciones: 10.1 Posición decúbito supino o dorsal: es la posición en la cual la persona usuaria se encuentra acostada sobre su espalda, con los brazos y las piernas en extensión, las rodillas algo flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto del cuerpo. Los miembros superiores e inferiores junto al cuerpo. 10.2 Posición decúbito prono o ventral: La persona usuaria se encuentra acostada sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados, las extremidades superiores pueden estar extendidas junto al cuerpo o flexionadas por el codo, a ambos lados de la cabeza, para conseguir la expansión torácica. Los miembros inferiores se hallan extendidos. 10.3 Posición decúbito lateral izquierdo o derecho: Posición en la cual la persona usuaria se encuentra acostada sobre un costado, derecho o izquierdo. El miembro superior al lado sobre el que se encuentra recostada la persona usuaria, delante del cuerpo,	Conserva la posición anatómica del cuerpo y evita complicaciones.



<p>flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. El otro flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La espalda recta con cadera flexionada, la pierna sobre la que se halla recostado a la persona usuaria con la rodilla ligeramente doblada y la otra flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto.</p> <p>10.4 Posición de fowler y semifowler: Es la posición en donde al estar la persona usuaria en decúbito supino, se levanta la cabecera de la cama a más de 50 cm y así la espalda apoyada sobre la cama formará un ángulo de 90° y 45° respectivamente.</p>	
11. Colocar los dispositivos de protección (almohadas, cojines, otros) en las áreas de cuerpo según la posición que corresponda.	Brinda apoyo y mantiene la posición del cuerpo.
12. Cubrir a la persona usuaria con la ropa de cama.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
13. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo
14. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
15. Retirar el EPP.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
16. Realizar lavado de manos	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
17. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
18. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en un documento médico legal.

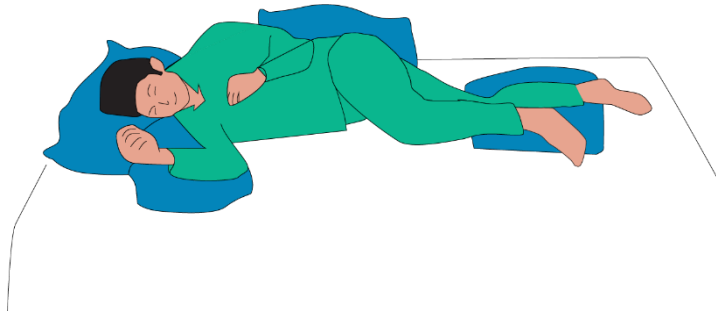
Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Hacer los cambios de posición preferible entre dos personas.
2. Utilizar sábana móvil, como un apoyo para realizar el procedimiento.
3. Humecte y realice masajes en las zonas corporales cada vez que realice el cambio de posición.
4. Asegurar que la persona usuaria no quede colocada sobre los equipos de infusión, tubos o sistemas de drenaje.
5. Evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas al realizarle cambio de posición a la persona usuaria.

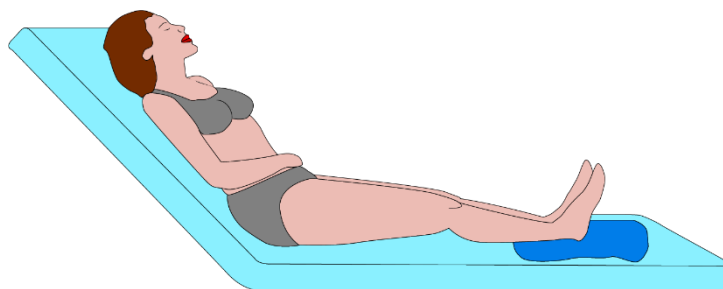
6. Colocar soporte ortopédico o férula a la persona, para mantener el pie en posición anatómica y prevenir la caída de pie (péndulo).
7. Movilizar con cuidado a la persona usuaria cuando posea dispositivos invasivos para evitar su desplazamiento.
8. Para manipular al recién nacido se debe tocar suavemente su piel antes de realizar un procedimiento y evitar sobresaltos.
9. Colocar una almohada o rollo entre las prominencias óseas de la persona usuaria para evitar el contacto y presencia de enrojecimiento, quemadura en la piel entre otros.
10. Aplicar técnicas de mecánica corporal durante la ejecución del procedimiento.

Figura No 4: Posición decúbito lateral izquierdo o derecho



Fuente: elaboración propia

Figura No 5: Posición semifowler



Fuente: elaboración propia



ENF 031. Cambio postural de pronación

Definición: maniobra que se realiza para colocar a las personas usuarias en posición prono y mejorar la oxigenación arterial en numerosas afecciones ventilatorias.^{72,73,74,75,76}

Objetivos: colocar a la persona usuaria con afecciones ventilatorias en posición prono en forma segura para mejorar la oxigenación arterial.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional de enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Dispositivo JD.
4. Seis almohadas.
5. Parches para monitoreo electrocardiográfico.
6. Parches extrafinos.
7. Ungüento oftálmico de terramicina.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar la indicación médica en el expediente de salud de la persona usuaria.	Medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria y familia.	Favorece la colaboración.
3. Valorar el estado de la sedo-analgésia.	Favorece la ejecución del procedimiento.
4. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
5. Comunicar al personal de Enfermería la organización para el cambio de posición.	Optimiza la ejecución del procedimiento.
6. Disponer a hacia que lado se gira a la persona usuaria durante el cambio de posición, ya que se tiene que tomar en cuenta los accesos vasculares u otros.	Optimiza la ejecución del procedimiento.



7. Repasar las actividades que cada uno del personal de enfermería tiene que ejecutar durante el cambio de posición.	Optimiza la ejecución del procedimiento y disminuye riesgo de eventos adversos.
8. Preparar el equipo y llevar a la unidad de la persona usuaria.	Favorece la ejecución del procedimiento.
9. Colocar biombos o cortinas para preservar la intimidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
10. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Medida de seguridad.
11. Aplicar profilaxis oftálmica según el procedimiento ENF 057.	Medida de protección ocular.
12. Aspirar secreciones bronquiales y la cavidad bucal, 15 minutos antes de realizar el giro, según los procedimientos ENF 074, ENF 075.	Reducir el riesgo de micro y broncoaspiración y evitar dispersión de fluidos durante el procedimiento
13. Aumentar en el ventilador la concentración inspirada de oxígeno a 100 %, por espacio de 15 minutos o hasta tanto la saturación de la persona sea > a 95 %.	Mejorar la oxigenación.
14. Colocar parches extrafinos en zonas con riesgo de ulceración (pómulos, zona clavicular, rodillas, dorso de los pies).	Previene lesiones por presión.
15. Ubicar las bombas de infusión al lado de la cama donde se sitúe el acceso venoso central.	Previene eventos adversos.
16. Colocar los drenajes torácicos de la persona usuaria a los pies de la cama, de manera que queden las conexiones entre las piernas.	Previene eventos adversos.
17. Situar la sonda vesical y el sistema recolector de orina del lado contrario a donde se gire a la persona usuaria, pasándolos por debajo de la pierna, para que al final de la maniobra, queden por encima de ésta.	Previene eventos adversos.
18. Vigilar que las tubuladuras del ventilador y de los equipos de las líneas venosas y arteriales tengan margen suficiente para proceder al giro, de igual forma se hace con los drenajes. En caso de existir drenajes abdominales, se vacían y se colocan bolsas colectoras.	Previene eventos adversos y facilita la ejecución del procedimiento.
19. Detener la nutrición enteral, si ésta ha sido colocada, de lo contrario, proceda a vaciar la cavidad gástrica.	Forzar el vaciamiento gástrico y evitar el reflujo
20. Retirar inmediatamente antes del giro, los electrodos del monitor y desconectar todos los cables de medición que no sean imprescindibles; puede ser suficiente mantener una pulsioximetría durante el giro. (Si el giro se va a	Beneficia ejecución del giro y mantiene observación del estado de oxigenación de la persona.



realizar hacia el lado izquierdo se colocará el oxímetro en la mano derecha).	
21. Colocar la cama en posición horizontal para proceder al giro.	Posición indicada para realizar el procedimiento.
22. Girar a la persona usuaria hasta dejarla en decúbito lateral izquierdo.	Ayuda la ejecución del giro.
23. Colocar el sensor de oximetría en la mano derecha y se cambia la monitorización electrocardiográfica hacia la espalda de la persona usuaria.	Favorece la monitorización.
24. Extender el miembro inferior izquierdo y flexionar el miembro inferior derecho.	Beneficia la ejecución del giro.
25. Sujetar en este momento el TET (o traqueotomía), la SNG y con otra mano la cabeza de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad.
26. Prestar atención a los accesos vasculares.	Es una medida de seguridad.
27. Colocar dos almohadas gruesas, una a nivel del pecho y otra en la pelvis. Seguidamente se gira a la persona usuaria sobre las almohadas y mediante éstas se le centra en la cama.	Ayuda la ejecución del giro
28. Acomodar la cabeza en posición lateral sobre el sistema de apoyo JD.	Beneficia la comodidad de la persona.
29. Recalibrar los sistemas de presiones invasivas.	Favorece la monitorización de la persona.
30. Colocar dos almohadas delgadas, horizontal, a la altura de las tibias, de forma que las piernas queden ligeramente flexionadas y se valora la colocación de almohadas a nivel de miembros superiores.	Favorece la posición anatómica de las extremidades.
31. Posicionar la cama en antitrendelenburg 30 grados y se mantiene la concentración inspirada de oxígeno a 100 % hasta por 15 minutos.	Beneficia la oxigenación de la persona.
32. Establecer los parámetros respiratorios definitivos.	Favorece la estabilidad hemodinámica.
33. Reiniciar la nutrición enteral.	Favorece la continuidad del cuidado.
34. Dejar a la persona usuaria cómoda y la unidad en orden.	Se respeta los derechos de las personas.
35. Retirar EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
36. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.



37. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
---	---

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Se requiere como mínimo cinco personas para ejecutar el procedimiento, (dos profesionales de Enfermería, un auxiliar de Enfermería, dos asistentes de pacientes) y la ubicación de cada uno en la unidad de la persona usuaria es la siguiente:
 - 1.1 El profesional de Enfermería se sitúa al lado derecho de la cama, es el encargado de dirigir la maniobra de giro y responsable de la cabeza de la persona usuaria, el tubo endotraqueal (o traqueotomía) y la SNG.
 - 1.2 El otro profesional de Enfermería se ubica al lado izquierdo de la cama, sujeta y controla los accesos vasculares.
 - 1.3 El auxiliar de Enfermería se sitúa al lado derecho para colaborar en el desplazamiento de los miembros inferiores.
 - 1.4 Los dos asistentes de pacientes se ubicarán, a cada lado de la cama, a la altura del dorso lumbar para ejecutar el desplazamiento.
2. El miembro superior izquierdo de la persona usuaria se coloca paralelo al cuerpo, con la palma de la mano extendida hacia arriba y debajo del glúteo izquierdo (esto evita la posible luxación de hombro).
3. El miembro inferior izquierdo permanece extendido y el miembro inferior derecho flexionado.
4. En recién nacidos, verificar el funcionamiento del oxímetro de pulso mientras se mantenga en esta posición.
5. Se le debe explicar a los padres de familia o cuidadores que esta posición se puede realizar en el hogar en presencia de ellos y no dejarlo sólo para evitar accidentes.
6. Se recomienda que el giro de decúbito supino (DS) a DP (decúbito prono) se realice hacia el lado en el cual existan menos accesos venosos.

Figura No 6: Posición Prono




Fuente: Revista Medica de Costa Rica. 2020⁷⁶

Figura No 7: Dispositivo JD



Fuente: Revista Medica de Costa Rica. 2020⁷⁶

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 116 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 032. Traslado de la persona usuaria de la cama a la camilla

Definición: actividad que se realiza para movilizar a la persona usuaria de la cama a la camilla y viceversa.

Objetivo: facilitar el traslado de la persona usuaria a un lugar determinado.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (en caso necesario).
2. Sábanas.
3. Camilla.
4. Tabla de transferencia.
5. Soporte para descartar ropa sucia.
6. Guantes limpios.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar que la camilla se encuentre limpia y en buen estado (barandas, rodines, frenos y soporte de sueros).	Favorece la seguridad física a la persona usuaria.
2. Realizar el lavado de manos y colocar guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Colocar la sábana limpia a la camilla.	Beneficia la comodidad de la persona.
4. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
5. Colocar la camilla paralela a la cama, con los frenos bloqueados.	Medida de seguridad.
6. Retirar la sábana superior, la colcha y la cobija a los pies de la persona usuaria.	Favorece la ejecución del procedimiento.
7. Manipular con cuidado las conexiones de flujos, sondas, drenajes, entre otros que tiene la persona usuaria.	Es una medida de seguridad.
8. Solicitar a la persona usuaria, si su condición lo permite, que se movilice hacia la camilla, deslizándose	Utiliza la mecánica corporal y evita esfuerzos innecesarios.



suavemente con ayuda de sus codos, rodillas o talones sin levantarse.	
9. Valorar el grado de dependencia de la persona usuaria, en caso de no poder movilizarse, proceda de la siguiente forma: 9.1 Solicitar a dos funcionarios, aflojar la sábana inferior para movilizar a la persona hacia la camilla o colocar la tabla de transferencia debajo de la región lumbar de la persona usuaria. 9.2 Sincronizar el traslado a la cuenta de 1-2-3, deslizar a la persona usuaria de la cama hacia la camilla.	Utiliza la mecánica corporal y evita esfuerzos innecesarios.
10. Subir las barandas, tan pronto como sea posible y cubrir a la persona usuaria con una sábana.	Es una medida de seguridad.
12. Acompañar a la persona usuaria durante el traslado al lugar correspondiente.	Mantiene la continuidad del cuidado durante el traslado.
13. Retirar guantes y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
14. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece la conservación del equipo e infecciones cruzadas.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Durante el traslado, el funcionario debe observar a la persona usuaria, para valorar su condición.
2. Aplicar medidas de seguridad para disminuir el riesgo de traumas o lesiones durante el traslado de la persona usuaria.
3. Asegurar los rodines de la cama y la camilla, activando los frenos durante la transferencia de la persona, para evitar el riesgo de caídas.
4. Aplicar la técnica de mecánica corporal para realizar el procedimiento.



ENF 033. Traslado de la persona usuaria de la cama a la silla de ruedas y viceversa.

Definición: actividad que se realiza para movilizar a la persona usuaria de la cama a la silla de ruedas y viceversa.

Objetivo: movilizar a la persona usuaria a una silla de ruedas de una forma segura.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP en caso necesario.
2. Silla de ruedas en buen estado.
3. Sujetadores.
4. Grúa (en caso necesario).
5. Sábanas.
6. Soporte para descartar ropa sucia.
7. Guantes limpios.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar que la silla de ruedas se encuentre limpia y en buen estado (rodines, frenos, descansa pies, y otros).	Favorece la seguridad física y previene infecciones cruzadas.
2. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Identificar, informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
4. Traslado de la cama a la silla de ruedas. 4.1 Colocar a la persona usuaria en posición semifowler al menos durante 10 minutos y valorar por signos de alerta, antes de pasar a la silla de ruedas. 4.2 Ubicar la silla de ruedas del lado que facilite la movilización en forma paralela a la cama y frenarla, en un espacio suficiente que permita comodidad para la maniobra requerida. Se solicita a la persona usuaria,	Favorece que se logre sentar y adaptarse a la nueva posición. Es una medida de seguridad y favorece la mecánica corporal.



<p>según el grado de independencia, colaboración para que se acerque al lateral de la cama o lo realiza el funcionario.</p> <p>4.3 Manipular con cuidado las conexiones de flujos, sondas, drenajes, entre otros que tiene la persona usuaria.</p> <p>4.4 Colocar la pierna dominante del funcionario entre los pies de la persona usuaria. El funcionario flexiona las piernas y sostiene a la persona usuaria de sus axilas, para elevarla girando hacia la silla sin soltarla.</p> <p>4.5 Sentar a la persona usuaria suavemente en la silla y ubicar en una posición segura.</p> <p>4.6 Comprobar que la persona usuaria esté bien sentada.</p> <p>4.7 Asegurarla con sujetadores y cubrir con una sábana, en caso necesario</p> <p>4.8 Colocar los pies de la persona usuaria en los descansa pies de la silla de ruedas.</p>	
<p>5. Traslado de la silla de ruedas a la cama.</p> <p>5.1 Ubicar la silla de ruedas en forma paralela a la cama y frenarla, del lado que facilite la movilización, en un espacio suficiente que permita comodidad para la maniobra requerida.</p> <p>5.2 Colocar la pierna dominante del funcionario entre los pies de la persona usuaria. El funcionario flexiona las piernas y sostiene a la persona usuaria de sus axilas, para elevarla girando hacia la cama sin soltarla.</p> <p>5.3 Ubicar a la persona usuaria en el lateral de la cama y proceder a sentarlo.</p> <p>5.4 Proceder a acostar a la persona usuaria en su cama, según la posición indicada. Proceda a colocar la ropa de cama.</p>	<p>Es una medida de seguridad y favorece la mecánica corporal.</p>
<p>6. Dejar cómoda a la persona y asegurar las barandas.</p>	<p>Es una medida de seguridad.</p>
<p>7. Dar cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.</p>
<p>8. Retirar los guantes y realizar lavado de manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.</p>

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar que el tamaño de la silla de ruedas se ajuste a la talla y peso de la persona usuaria.
2. Utilizar cojines para posicionar a la persona usuaria en caso necesario,
3. Valorar si se requiere la asistencia de más funcionarios para realizar el procedimiento.



4. Colocar la grada si es necesario al pie de la cama, para que la persona usuaria pueda apoyar sus pies en el momento que se levante. En caso contrario, bajar la altura de la cama.
5. Observar cualquier síntoma que pueda indicar intolerancia a la posición o fatiga excesiva.
6. Colocar a la persona usuaria medias y zapatos, en caso necesario mientras permanece en la silla de ruedas.
7. Valorar si es necesario cubrir a la persona usuaria con una sábana, para favorecer una temperatura adecuada.
8. Utilizar la grúa en caso necesario para la movilización de la persona usuaria.
9. El funcionario de Enfermería debe aplicar la técnica de mecánica corporal para realizar el procedimiento.



ENF 034. Movilización de una persona con el uso de grúa.

Definición: utilizar un equipo auxiliar para movilizar, elevar y trasladar a la persona usuaria con limitación en el movimiento.⁷⁷

Objetivo: movilizar en forma segura a la persona usuaria con dependencia total.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Grúa para movilización de la persona usuaria.
4. Arnés.
5. Pañal desechable.
6. Sábana movable.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Comprobar que la grúa se encuentre limpia y en buen estado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
4. Reunir y trasladar el material necesario a la unidad de la persona usuaria.	Ahorra tiempo y energía.
5. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Manipular con cuidado las conexiones de flujos, sondas, drenajes, entre otros que tiene la persona usuaria.	Es una medida de seguridad.
7. Accionar los frenos de la cama.	Es una medida de seguridad.
8. Valorar el peso, talla, condición de salud y grado de movilización de la persona usuaria para el traslado; solicitar ayuda a otro funcionario.	Favorece la medidas de seguridad.



9. Revisar si la persona usuaria está defecada o miccionada antes de su movilización y realizar la higiene correspondiente.	Medida de higiene y comodidad.
10. Efectuar la higiene de las manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
11. Girar a la persona usuaria en decúbito lateral, colocar el arnés y una sábana movable sobre la cama hasta el centro. Ubicar a la persona sobre este.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
12. Girar a la persona usuaria hacia la posición contraria y estirar la otra mitad del arnés y sábana movable.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
13. Colocar a la persona usuaria, hacia la posición dorsal, sobre el arnés.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
14. Pasar las bandas del arnés por las piernas: primero por debajo de ambas piernas y luego se entrecruzan, (la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho).	Favorece la movilización de la persona usuaria.
15. Elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar a la persona usuaria y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella. Así la persona usuaria irá mejor sentada al elevarla.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
16. Incorporar la persona usuaria hasta la posición de sentado	Favorece la movilización de la persona usuaria.
17. Colocar una sábana sobre la espalda de la persona usuaria y ubicar el arnés de arriba hacia abajo, sobre la sábana, de igual modo como se hace si la persona usuaria estuviera sentada en una silla.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
18. Acercar la grúa a la cama o silla y frenar.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
19. Elevar un poco el brazo de la grúa.	Favorece la movilización de la persona usuaria.
20. Elevar con suavidad hasta lograr la altura necesaria entre la cama y la persona usuaria.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.
21. Colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria, si se dispone de ella en la posición más cercana al cuerpo del arnés.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.



22. Colocar las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada o en la punta de la banda y entre cruzarlas. La banda derecha debe hacer enganche en el izquierdo y la banda izquierda debe engancharse en el derecho.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.
23. Abrir las patas de la grúa para aumentar su radio de estabilidad y procurar mayor seguridad en el traslado. Transportar a la persona usuaria, hasta el sillón o viceversa.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.
24. Situar a la persona usuaria encima de la silla y descender hasta la posición de sentado. Uno de los funcionarios procurará que quede bien sentado, tirando de la agarradera que tiene el arnés.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.
25. Colocar a la persona usuaria una sábana para sujetarla y evitar se deslice.	Favorece la seguridad y facilita la movilización.
26. Permitir que la persona usuaria repose sentada por el tiempo necesario para adaptarse a la nueva posición.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
27. Retirar el EPP.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
28. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
29. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Dejar el arnés al sentar a la persona usuaria en la silla, para favorecer su traslado a la cama.
2. Seguir las recomendaciones de la empresa proveedora de la grúa, en cuanto a las especificaciones de peso, mantenimiento y desinfección de éste equipo.
3. Colocar una almohada entre las piernas de la persona usuaria post operada de fractura de cadera, para evitar que las cruce y por ende la luxación.
4. Asegúrese de que el arnés esté bien enganchado en los soportes antes de activar la grúa.



ENF 035. Método de contención mecánica

Definición: consiste en el empleo discrecional de métodos o sistemas de inmovilización para proteger la integridad física de la persona usuaria.⁴⁸

Objetivo: reducir la movilidad de la persona usuaria para proteger su integridad física.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Materiales y equipo:

1. E.P.P (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
2. Inmovilizador (chalecos, muñequera, tobilleras, manoplas, otras).
3. Sábanas.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar la indicación médica y valorar el tipo de sujeción por realizar.	Cumplir con las normas establecidas.
2. Identificar e informar a la persona usuaria y al acompañante.	Favorece la colaboración.
3. Valorar la cantidad de los funcionarios necesarios para realizar el procedimiento.	Favorece la protección de la persona usuaria y los funcionarios
4. Trasladar los materiales completos a la unidad de la persona usuaria.	Evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
5. Realizar lavado de manos y colocar el E.P.P.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Aplicar la movilización de la siguiente manera: 6.1 Muñequera o tobillera: 6.1.1 Acolchar las prominencias óseas de la muñeca o el tobillo para evitar la pérdida de la integridad cutánea. 6.1.2 Aplicar la porción acolchada de la sujeción alrededor de la muñeca o el tobillo.	Disminuye el riesgo de lesiones y eventos adversos. La sujeción debe permitir realizar algunos movimientos.



<p>6.1.3 Tirar del cordón de la sujeción a través de la hendidura situada en la muñeca o a través del asa y asegurarse que la sujeción no esté demasiado apretada. Usando un nudo de medio arco unir el otro extremo de la sujeción a la porción móvil de la estructura de la cama.</p> <p>6.1.4 Asegurar que el sujetador pase por entre el borde de la cama y la baranda (la baranda debe quedar libre para su respectiva manipulación).</p> <p>6.2. Chalecos:</p> <p>6.2.1 Colocar el chaleco a la persona usuaria con las aberturas por delante o detrás, según el tipo.</p> <p>6.2.2 Tirar el cordón al final de la solapa del chaleco a través del tórax y pasarla por la hendidura ubicada al lado opuesto del tórax.</p> <p>6.2.3 Repetir con el otro cordón.</p> <p>6.2.4 Usar un nudo de medio arco para asegurar cada cordón alrededor de la estructura de la cama o por debajo de la silla a una pata de esta.</p> <p>6.2.5 Ajustar los cordones juntos por debajo de la silla o cama usando un nudo deslizante o de liberación rápida.</p> <p>6.2.6 Asegurar que la persona usuaria esté bien colocada para permitir la máxima expansión torácica para respirar.</p> <p>6.3 Manoplas:</p> <p>6.3.1 Colocar la manopla sin pulgar comercializada en la mano para restringirla.</p> <p>6.3.2 Seguir las instrucciones del fabricante para asegurar la manopla.</p> <p>6.3.3 Evaluar la circulación de las manos de la persona usuaria a intervalos regulares.</p>	<p>El dispositivo para la inmovilización no debe sujetarse a la baranda para evitar eventos adversos.</p> <p>El valorar la función hemodinámica, llenado capilar, temperatura y color de los miembros sujetos favorece la prevención de eventos adversos.</p>
<p>7. Observar que la persona usuaria quede cómoda y la unidad en orden.</p>	<p>Favorece la comodidad y respeto de la persona.</p>
<p>8. Retirar los guantes.</p>	<p>Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.</p>
<p>9. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos</p>
<p>10. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.</p>	<p>Evidencia el cuidado de Enfermería en un documento médico legal.</p>

Fuente: elaboración propia



Consideraciones:

1. Lavar y ejercitar periódicamente el área del cuerpo que se mantiene con el dispositivo de sujeción.
2. Considerar que toda sujeción debe estar respaldada por una indicación médica en el EDUS.



6. Medición de constantes vitales, líquidos y medidas antropométricas

ENF 036. Medición de temperatura con termómetro digital

Definición: es la medición en grados centígrados de la temperatura corporal de la persona usuaria, a través de una energía infrarroja.

Objetivo: medir la temperatura corporal de la persona usuaria.⁷⁸

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- Asistente de Atención Primaria (ATAP).

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Termómetro digital.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Comprobar el funcionamiento del equipo digital.	Asegura la calidad en la medición.
2. Identificar y orientar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
3. Realizar higiene de manos.	Disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.
4. Colocar el termómetro en la parte corporal de la persona, según tipo de termómetro digital.	Asegura la calidad en la medición.
5. Dejar el termómetro el tiempo necesario.	Tome en cuenta las recomendaciones del fabricante.



6. Registrar en el EDUS, el resultado de temperatura de la persona y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
7. Brindar cuidado posterior al equipo.	Favorece la conservación del equipo.
8. Realizar lavado de manos.	Disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Considerar las recomendaciones del fabricante (limpieza, calibración y mantenimiento) para la utilización del equipo.
2. Realizar la medición de la temperatura; tome en cuenta la condición clínica de la persona y reporte si la cifra es mayor a 38 grados centígrados.
3. El registro de la temperatura se realiza en grados centígrados.



ENF 037. Medición del pulso.

Definición: es la medición de la pulsación provocada por la expansión de las arterias como consecuencia de la circulación de la sangre bombeada por el corazón.^{78,79}

Objetivo: realizar la medición del pulso y sus características en la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y Equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Reloj.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
2. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Permitir que el brazo de la persona usuaria descanse sobre una superficie plana.	Favorece la exposición de la arteria.
4. Palpar el pulso en la zona elegida, colocar los dedos índice y medio y presionar suavemente sobre el hueso.	Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardiacas.



5. Cuantificar durante un minuto el número de latidos cardíacos e identificar las características de frecuencia, ritmo e intensidad.	Este tiempo permite valorar algunas de las características del pulso (la intensidad, volumen, llenado, ritmo).
6. Registrar en el EDUS el resultado del pulso (en números absolutos) y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
7. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
8. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar el sitio adecuado para la medición del pulso, según la condición en la persona usuaria, tome en cuenta los diferentes sitios del cuerpo (radial, pedio, carotideo, entre otros).



ENF 038. Medición de la frecuencia respiratoria

Definición: es la cuantificación del número de respiraciones en un minuto.

Objetivo: medir la frecuencia y las características de la respiración.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Reloj.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Cuantificar la respiración durante 60 segundos.	Entre mayor tiempo de cuantificación se obtiene un dato más confiable.
4. Observar la frecuencia, intensidad y ruidos de la respiración.	Permite identificar características relevantes de la condición clínica.
5. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Registrar en el EDUS, el resultados de la respiración y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.



7. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
--	---

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. En personas usuarias conscientes, no es conveniente informarle que se le medirá la frecuencia respiratoria, ya que podría cambiar involuntariamente el ritmo; es conveniente medirla al mismo tiempo que otros signos vitales (pulso).



ENF 039. Medición de la oximetría de pulso

Definición: es la medición no invasiva de la saturación de oxígeno en sangre arterial de la persona usuaria.^{49,78,79}

Objetivo: detectar la saturación de oxígeno de la persona usuaria, mediante un dispositivo no invasivo.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y Equipo:

1. Dispositivo de pulsioximetría.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Corroborar el funcionamiento del equipo.	Asegura la calidad en la medición.
4. Seleccionar el tipo de sensor, según características de la persona usuaria.	Asegura la correcta valoración de la persona usuaria.
5. Conectar el equipo de oxímetro a la fuente eléctrica y activarlo.	Asegura el buen funcionamiento del equipo.
6. Colocar el sensor a la persona usuaria, según las características del equipo.	Existen diferentes modelos por considerar, con sus respectivas especificaciones.



7. Colocar el nivel de alarma superior en 100 % y el nivel inferior en 90 %.	Favorece la detección oportuna de signos de alerta.
8. Verificar la colocación correcta del sensor de tal manera que la luz quede en posición alineada opuesta al foto sensor.	Favorece la captura adecuada del nivel de oxigenación.
9. Observar el número de barras luminosas o la onda en el monitor e identificar el valor registrado.	La irregularidad de las barras u ondas luminosas, significa que no se detecta la saturación y requiere la revisión del equipo o accesorios.
10. Verificar que la persona usuaria quede cómoda.	Favorece la colaboración.
11. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
12. Realizar el lavado de las manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
13. Registrar en el EDUS, el nivel de saturación de la persona y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
14. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Se altera la detección adecuada de los niveles de saturación, en presencia de los siguientes factores: presencia de catéter arterial, manguito para la medición de la presión sanguínea,⁵⁴ acceso de infusiones vasculares, edema y disminución de la circulación, por lo cual se debe tener cuidado del sitio que se seleccione para la colocación del dispositivo.
2. Rotar el dispositivo en diferentes áreas del cuerpo, para evitar lesiones en la piel.
3. Colocar en el neonato el oxímetro en el dorso del pie o de la mano, en lactantes y niños en la zona de los dedos índice, medio y anular.
4. Rotar el oxímetro de pulso cada 3 horas en los niños pequeños se o en el momento que no se observe un adecuado trazo en el monitor.



ENF 040. Medición de la presión arterial con monitor no invasivo

Definición: es la medición de la presión arterial haciendo uso de un dispositivo electrónico no invasivo.^{49,79,80, 81,82}

Objetivo: proporcionar información esencial de la función cardiaca y el estado del sistema vascular periférico.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipos:

1. Monitor debidamente calibrado.
2. Brazaletes de tamaño adecuado.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece su colaboración.
2. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Reunir el material necesario.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
4. Verificar que el brazalete sea el recomendado según el diámetro del brazo de la persona usuaria.	El brazalete debe cubrir las tres cuartas partes del antebrazo y ajustarse sin presionar ni quedar excesivamente flojo, para favorecer la confiabilidad en la medición.
5. Ubicar a la persona usuaria en una posición cómoda, según condición clínica.	Favorece la colaboración.



6. Solicitar a la persona usuaria sentarse con la espalda recta, ambos pies apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas (en caso de la persona usuaria se encuentra acostada durante la medición se aplican las mismas recomendaciones).	La posición correcta evita que aumente la presión arterial de 6 a 15 mmHg. ⁸¹
7. Solicitar a la persona usuaria apoye el brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba, sobre una superficie plana, aproximadamente a la altura del corazón.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
8. Palpar el pulso del área seleccionada (braquial o radial).	Permite la selección del sitio anatómico correcto para colocar el brazalete.
9. Colocar el brazalete, en el área seleccionada alrededor del brazo extendido. El borde del brazalete debe quedar a unos 2-3 centímetros por encima de la fosa cubital (codo), sin que se formen pliegues.	Tomar en cuenta el indicador del brazalete que señala la posición de la arteria y proceder a realizar la medición.
10. Accionar el monitor, leer la presión arterial y retirar el brazalete.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
11. Apagar el monitor sin desconectar de la fuente de energía.	Mantiene el monitor con la batería recargada.
12. Dejar a la persona usuaria cómoda y la unidad en orden.	Favorece la colaboración.
13. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
14. Registrar en el EDUS, el resultado de la PA y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Comprobar que el sitio seleccionado, para la colocación del brazalete no tenga contraindicación.
2. Considerar lo establecido en la “Guía de Hipertensión CCSS”, que indica: la persona usuaria debe descansar de 5 a 15 minutos, no haber fumado ni tomado café y estar con la vejiga vacía para obtener una medición más confiable.^{81,82.}
3. Realizar desinfección del brazalete según normativa institucional.



ENF 041. Medición del índice tobillo – brazo (ITB)

Definición: es la medición de la relación entre la presión arterial en el tobillo y la presión arterial en la parte superior del brazo.^{81,82,83,84,85}

Objetivo: evaluar objetivamente el estado funcional en las personas con enfermedad arterial periférica (EAP).

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional de enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipos:

1. Monitor doppler.
2. Brazaletes de tamaño adecuado.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece su colaboración.
2. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Reunir el material necesario.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
4. Verificar que el brazaletes sea el recomendado según el diámetro del brazo de la persona usuaria, el cual debe cubrir las tres cuartas partes del antebrazo y ajustarse sin presionar ni quedar excesivamente flojo.	Favorecer la confiabilidad en la medición.
5. Ubicar a la persona usuaria en una posición cómoda, relajada en un ambiente con temperatura cálida.	Optimiza la ejecución del procedimiento.



6. Solicitar a la persona usuaria que se coloque en la cama y descansa por 10 minutos, puede mantenerse con la almohada.	Evita que aumente la presión arterial de 6 a 15 mmHg.
7. Solicitar a la persona usuaria mantenerse cubierto con sábana para evitar el enfriamiento.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
8. Colocar el brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba, sobre una superficie plana, aproximadamente a la altura del corazón.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
9. Colocar la banda de presión, en el área seleccionada alrededor del brazo extendido. El borde del brazalete debe quedar a unos 2-3 centímetros por encima de la fosa cubital (codo), sin que se formen pliegues.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
10. Palpar el pulso del área seleccionada (braquial).	Permite la selección del sitio anatómico correcto para colocar el brazalete.
11. Aplicar gel en la zona y colocar el Doppler en una angulación de 45° apuntando hacia la cabeza de la persona hasta obtener la señal audible.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
12. Insuflar la banda de presión aproximadamente 20 a 30 mmHg sobre la desaparición del sonido audible del pulso arterial y luego se desinfla lentamente (2 a 3 mmHg por segundo). Se registrará como presión arterial sistólica el valor que exista al momento que el pulso se vuelva audible nuevamente.	Favorece la medición óptima de la constante vital.
13. Repetir el paso anterior en el otro brazo. Se tomará el valor más alto. Si quiere repetir la medición espere un minuto para volver a insuflar la banda de presión.	Favorece la medición óptima.
14. Repita el paso anterior con las arterias pedias y tibial posterior, colocando la banda de presión 2 a 3 cm por encima del maléolo con una adecuada sujeción.	Favorece la medición óptima.
15. Repetir este paso en el otro miembro inferior, registrar el valor más alto. En caso de requerir una nueva medición esperar un minuto.	Favorece la medición óptima.



16. Apagar el Doppler, limpiar el gel de la persona usuaria, dejarla cómoda y la unidad en orden.	Favorece la colaboración.
17. Aplicar la siguiente fórmula: 16.1 ITB derecha = presión arterial mas alta del tobillo derecho dividida por la presión arterial más alta del brazo. 16.2 ITB izquierda = presión arterial más alta del tobillo izquierdo dividida por la presión arterial más alta del brazo.	Se obtiene el valor de ITB.
18. Realizar el cálculo de la medición de la siguiente forma: a. El valor obtenido del tobillo izquierdo se divide entre el valor obtenido de la presión arterial sistólica del brazo izquierdo. b. El valor obtenido del tobillo derecho se divide entre el valor obtenido de la presión arterial sistólica brazo izquierdo. c. El índice definitivo es el valor más bajo de los cálculos anteriores.	
19. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
20. Brindar cuidado posterior al equipo y dejar conectado a la fuente eléctrica el dopler.	Favorece la conservación del equipo.
21. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Hacer la medición en ambas piernas en toda persona con diagnóstico nuevo de EAP, para confirmar el diagnóstico y establecer la línea de base.
2. En personas que no presentan antecedentes o hallazgos en el examen físico o un riesgo menor de EAP, no requieren hacer la medición ITB.
3. Comprobar que no exista contraindicación, para la colocación del brazaletes en el sitio seleccionado.
4. Se recomienda que antes de la medición de la presión arterial, la persona usuaria debe descansar de 5 a 15 minutos, no haber fumado ni tomado café y estar con la vejiga vacía para obtener una medición más confiable.

5. Para la ejecución de este procedimiento se debe considerar lo establecido en la “Guía de Hipertensión CCSS”.⁸¹
6. Para la interpretación del resultado de ITB se debe de valorar los resultados y dependiendo del valor numérico del mismo se define el siguiente patrón:

Cuadro No 2: Interpretación de Resultados ITB

Resultado	Interpretación
Mayor a 1,4	Arteria no comprimible
Entre 1 a 1,4	Normal
Entre 0,9 a 0,99	Límite
Menor o igual a 0,9	Anormal

Fuente: American College of Cardiology⁸⁵

El diagnóstico de EAP es confirmado si: $ITB \leq 0,9$ y $TBI \leq 0,7$

7. Realizar desinfección del equipo y brazaletes según normativa institucional.



ENF 042. Medición del peso

Definición: es la medición de la masa corporal de la persona usuaria en kilogramos y gramos.^{79,80}

Objetivo: medir en kilogramos y gramos el peso de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Balanza o báscula (plataforma, canasta u otros), según edad de la persona usuaria, debidamente calibrada.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Pieza de papel Kraff.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
2. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Verificar en la pesa que ambas vigas de la palanca se encuentren en cero y la báscula esté bien balanceada.	El equipo calibrado correctamente favorece las mediciones correctas del peso.
4. Colocar el papel, para cubrir la plataforma de la báscula.	Medida de higiene y confort.
5. Solicitar a la persona usuaria, se retire el exceso de prendas y los zapatos.	Restringe elementos que alteren el dato real de la medición.



6. Solicitar a la persona usuaria colocarse en el centro de la plataforma, de frente al funcionario, erguido con hombros y manos abajo, los talones juntos y con las puntas de los pies separadas.	Favorece obtener un dato correcto.
7. Colocar a la persona menor de edad, sentado o acostado en la canasta de la báscula.	Favorece obtener un dato correcto.
8. Solicitar a la persona usuaria mantener la cabeza firme y la vista al frente en un punto fijo, los brazos hacia los costados y holgados, sin ejercer presión.	Favorece obtener un dato correcto.
9. Indicar a la persona usuaria que no se mueva para evitar oscilaciones en la báscula y de lectura alterada del peso.	Favorece obtener un dato correcto.
10. Deslizar la viga de abajo (graduaciones de 20 kg), hacia la derecha aproximando el peso de la persona usuaria. Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avance la viga al número inmediato inferior.	Favorece obtener un dato correcto.
11. Deslizar la viga de arriba (graduaciones en kg y gramos) hacia la derecha hasta tanto la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando. A veces es necesario realizar varios movimientos hasta que quede la flecha fija en el cero.	Favorece obtener un dato correcto.
12. Realizar la lectura de frente a la viga, observar el dato en kg y gramos o puede indicarle a la persona usuaria bajar de la báscula y hacer la lectura.	Favorece obtener un dato correcto.
13. Ayudar a la persona usuaria a bajarse de la báscula e indicar colocarse los zapatos.	Favorece la seguridad de la persona usuaria.
14. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
15. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
16. Registrar en el EDUS, el resultado del peso y la ejecución del procedimiento.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

Fuente: elaboración propia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 143 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Consideraciones:

1. Medición el peso en la persona usuaria encamada directamente en la cama, si la misma tiene esa función.
2. En personas usuarias que no pueden colocarse de pie, se debe pesar por aparte la silla de ruedas y anotar el dato, el cual se le resta posteriormente al peso total registrado.
3. En el caso de persona usuaria que tiene control de peso, se recomienda realizar el procedimiento en ayunas.
4. En menores de edad, lactantes, adultos mayores y otros, se debe tener una observación permanente, para mayor seguridad durante la ejecución del procedimiento.
5. En niños pequeños, se puede pesar con la persona adulta, luego se pesa a la persona adulta y se hace una resta de ambos valores; así conocer el peso del niño.



ENF 043. Medición de talla

Definición: es la medición en centímetros de la estatura de la persona usuaria.^{79.80}

Objetivo: medir en centímetros la estatura de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Tallímetro.
3. Pieza de papel.
4. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Colocar el papel, para cubrir la plataforma de la báscula u otra superficie.	Medida de higiene y confort.
3. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Ayudar a la persona usuaria para que se retire el calzado.	Favorece obtener un dato correcto.
5. Solicitar a la persona usuaria adoptar la siguiente posición para realizar la medición: cabeza, hombros, caderas y talones juntos pegados a la línea de la cinta del tallímetro. Los brazos deben colgar libre y naturalmente a los costados del cuerpo.	Favorece obtener un dato correcto.



6. Indicar a la persona usuaria que mantenga la vista al frente en un punto fijo, las piernas rectas, talones juntos y puntas separadas, procurando que los pies formen un ángulo de 45°.	Favorece una postura adecuada para realizar la medición.
7. Deslizar la escuadra del tallímetro de arriba hacia abajo hasta topar con la cabeza de la persona usuaria, presionar suavemente para comprimir el cabello.	Favorece una postura adecuada para realizar la medición.
8. Verificar nuevamente que la posición de la persona usuaria sea la adecuada.	Favorece obtener un dato correcto.
9. Realizar la lectura con los ojos en igual plano horizontal que la marca de la ventana del tallímetro y registrar la medición con exactitud en centímetros y milímetros.	Favorece obtener un dato correcto.
10. Ayudar a la persona usuaria a colocarse los zapatos.	Favorece la seguridad de la persona usuaria.
11. Retire el papel según normativa institucional vigente.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
13. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
14. Registrar en el EDUS la talla y la ejecución del procedimiento.	Se obtiene el registro de la talla correcta.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Previo al procedimiento la persona usuaria debe retirarse accesorios como: broches, colas, entre otros que puedan alterar la medición.
2. En el caso de menores de edad, lactantes, adultos mayores y otros, se debe tener una observación permanente, para mayor seguridad durante la ejecución del procedimiento.
3. En escenarios donde no se cuente con tallímetro, utilizar una cinta métrica, la cual será fijada a una pared lisa en forma vertical, se ubica el valor del cero a nivel de piso y el otro extremo en dirección perpendicular hacia arriba.⁸⁶
4. En el caso de tallímetro digital se debe tomar en cuenta las especificaciones del fabricante.



ENF 044. Medición de circunferencia cefálica y abdominal

Circunferencia Cefálica: es la medición en centímetros y milímetros de la parte más ancha de la cabeza.⁸⁷

Circunferencia abdominal: es la medición en centímetros y milímetros del área del abdomen sobre el ombligo.^{88, 89}

Objetivo: medir en centímetros y milímetros las áreas cefálica y abdominal de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Cinta métrica.
3. Pieza de papel.
4. Solución alcohólica para la higiene de manos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Colocar a la persona usuaria en posición cómoda.	Favorecer una medición confiable.
4. Circunferencia cefálica: 4.1 Verificar que la persona usuaria no tenga objetos o accesorios en la cabeza (vendajes, colas, prensas, entre otros). Colocar preferiblemente en posición sentado. 4.2 Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza por arriba de las cejas y llevar a la parte posterior más	Favorecer una medición confiable Esta es la parte más ancha de la cabeza y da una medida óptima.



<p>prominente de la cabeza llamada occipital.</p> <p>4.3 Situar la cinta en plano horizontal, de manera tal que se encuentre a igual altura de ambos lados de la cabeza.</p> <p>4.4 Colocar el inicio de la cinta (donde se ubica el cero) en la parte frontal de la cabeza (entrecejo) y deslizar la cinta alrededor de la cabeza hasta topar con el inicio en el entrecejo.</p> <p>4.5 Ejercer una leve presión al momento de tomar la medición para comprimir el pelo y ligeramente la piel.</p> <p>4.6 Realizar la lectura de la medición para su registro.</p>	<p>El cero del centímetro es el inicio de la medición y la circunferencia dará el resultado de la medición de la cabeza.</p>
<p>5. Circunferencia abdominal:^{87,88}</p> <p>5.1 Indicar a la persona usuaria si su condición lo permite, colocarse de pie, juntar los talones con las puntas de los pies ligeramente abiertos en ángulo de 60 grados.</p> <p>5.2 Revisar que la posición del cuerpo esté distribuida igualmente en ambas piernas (sin recargarse en ningún lado y el abdomen relajado).</p> <p>5.3 Solicitar a la persona usuaria descubrir el abdomen.</p> <p>5.4 Trazar una línea imaginaria que parte de la axila de la persona usuaria y marcar un punto de referencia.</p> <p>5.5 Localizar la cresta iliaca y la última costilla, medir la distancia entre ambos puntos y marcar esos sitios de referencia. Dividir a la mitad esa distancia y marcar el punto medio.</p> <p>5.6 Colocar el extremo de la cinta que empieza en el número uno, en el punto medio, en ese momento solicitar a la persona usuaria si es posible que le ayude a sostener la cinta con un dedo debajo de la marca del punto medio.</p> <p>5.7 Rodear el contorno del abdomen movilizándose por el frente de la persona usuaria de tal manera que la cinta pase a igual altura por ambos lados.</p> <p>5.8 Verificar que la cinta esté en posición horizontal a la altura del punto medio en ambos lados.</p> <p>5.9 Verificar que la cinta no esté muy ajustada o floja, repita el procedimiento a partir del paso 5.7</p> <p>5.10 Solicitar a la persona usuaria que baje los brazos libremente a los lados y con la palma de las manos hacia adelante.</p> <p>5.11 Verificar que sus dedos no queden entre el cuerpo de la persona usuaria y la cinta.</p> <p>5.12 Solicitar a la persona usuaria respire normalmente y mire hacia el frente en posición de firme.</p> <p>5.13 Realizar la lectura de la medición para su registro.</p>	<p>Favorecer una medición confiable.</p> <p>Evita la alteración de la medición.</p>



6. Dejar a la persona usuaria, cómoda y la unidad en orden.	Favorece la colaboración.
7. Realizar el cuidado posterior al equipo (cinta métrica).	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
8. Realizar higiene de las manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
9. Registrar en el EDUS, la medición de la circunferencia cefálica o abdominal y la ejecución del procedimiento.	Se registra el dato en forma correcta.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Cuando se dificulte ubicar el punto medio, al realizar la medición abdominal, tome como criterio la parte más prominente del abdomen para colocar la cinta métrica.
2. Al realizar la medición de la circunferencia cefálica en recién nacido y lactantes, observe las características de las fontanelas y la sutura craneal.⁸⁹
3. En el caso de menores de edad, lactantes, adultos mayores y otros, se debe tener una observación permanente, para mayor seguridad durante la ejecución del procedimiento.



ENF 045. Medición de líquidos ingeridos y excretados.

Definición: es el registro de líquidos ingeridos y excretados de la persona usuaria durante 24 horas.

Objetivo: medir el balance de líquidos ingeridos y excretados de la persona usuaria por turno durante las 24 horas.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1. Solución alcohólica para higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Pichel de excreta.
 - 4.2 Bidé u orinal.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Solicitar a persona usuaria informar la cantidad de líquidos que ingiere, si su condición se lo permite.	Promueve el autocuidado y se obtienen datos confiables.
3. Orientar a la persona usuaria para recoger o comunicar los líquidos excretados (vómito, orina o deposiciones líquidas) en el bidé, orinal o pichel de excreta, si su condición se lo permite, de lo contrario, el funcionario de Enfermería lo cuantifica y registra.	Promueve el autocuidado y se obtienen datos confiables.
4. Medición de líquidos ingeridos:	



4.1 Realizar lavado de manos. 4.2 Cuantificar los líquidos orales y parenterales, especificar la cantidad y tipo (agua, soluciones, medicamentos, fórmula u otros).	
5. Medición de líquidos excretados: 5.1 Realizar lavado de manos y colocar el EPP. 5.2 Cuantificar los líquidos excretados (vómitos, orina, deposiciones líquidas, entre otros). 5.3 Medir los drenos, según Procedimiento ENF 063.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
6. Retirar EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
7. Registrar en el EDUS por turno el total de líquidos ingresados y excretados de la persona usuaria.	Favorece la confiabilidad y especificidad de los datos.
8. Anotar en el EDUS, las observaciones el nombre y goteo de las soluciones que se le continúa administrando a la persona usuaria, ya sea por vía parenteral o enteral. De igual forma registrar el procedimiento.	Favorece la confiabilidad y especificidad de los datos.
9. Eliminar los datos de las bombas de infusión de los líquidos administrados y cuantificados durante el turno, para iniciar un nuevo control cuantificación.	Reduce el sesgo en el control de líquidos.
10. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Utilizar una jeringa para la medición de cantidades pequeñas de líquidas para mayor exactitud.
2. En personas críticamente enfermas, se recomienda hacer la medición de la diuresis horaria.
3. Realizar la sumatoria de las cantidades de líquido ingresados y excretado en el turno, según la normativa institucional, usualmente se realiza en la última hora de cada turno. El balance de las 24 horas se realiza en el III turno.
4. En personas sometidos a procedimiento de diálisis peritoneal (Enf 087), se debe anotar en el control de excretas, la diferencia del líquido ingresado al peritoneo y el egresado (arrastre en diálisis).



7. Cuidados de heridas

ENF 046. Curación

Definición: es una técnica efectuada para proteger la herida de la contaminación bacteriana, promover la curación y prevenir la transferencia de organismos.^{49,62, 90, 91,92,93}

Objetivo: favorecer la cicatrización tisular, prevenir la infección local y generalizada.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP ((Lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Bandeja de acero inoxidable.
 - 3.2 Agua estéril.
 - 3.3 Jabón líquido antiséptico.
 - 3.4 Torundas de gasa.
 - 3.5 Cuadros de gasa.
 - 3.6 Equipo de curación (una pinza disección sin dientes, dos pinzas hemostáticas).
 - 3.7 Tijera estéril punta roma.
 - 3.8 Esparadrapo, microporo, etc.
 - 3.9 Sábana movable.
 - 3.10 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Recipiente con solución jabonosa.
5. Contenedor para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar la indicación médica o de enfermería.	Asegura la continuidad del cuidado en



	forma oportuna.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Preparar y trasladar el equipo a la unidad.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Favorece la colaboración de la persona.
6. Colocar el EPP (mascarilla y lentes).	Es una medida de prevención de accidentes laborales.
7. Realizar la higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Colocar alrededor del sitio de curación una sábana movable.	Favorece la absorción de líquidos y evita que se moje la cama.
9. Colocar guantes limpios y descubra la zona a curar (afloje los vendajes y apósitos).	Permite visualizar el sitio por intervenir.
10. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
11. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. Aflojar las tapas de los recipientes con las soluciones que utilizará. Manipular con tijera estéril si fuese necesario, para hacer apertura de la bolsa con agua.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
13. Retirar el cobertor del azafate.	Conservar la esterilidad del material que se va a utilizar.
14. Abrir el cubre paquete de curación con TAMQ y depositar en el azafate.	Conserva la esterilidad del equipo.
15. Agregar en el campo el material estéril adicional	Se cuenta con el material necesario.



necesario para realizar el procedimiento.	
16. Ordenar las pinzas, dentro del campo estéril, separadas una al lado de la otra y colocar los anillos de la pinza sobre los 2.5 centímetros del borde del campo, área que se considera no estéril. Ordenar el resto de material.	Mantiene el orden de las pinzas para realizar el procedimiento.
17. Retirar el apósito con la pinza de disección (en caso necesario); descártela en la palangana con solución jabonosa.	Beneficia un ambiente libre contaminación.
18. Sujetar la pinza de los anillos con su mano dominante y sacarla del campo estéril; mantenerla sin tocar ninguna superficie.	Favorece la ejecución del procedimiento.
19. Tomar con la mano no dominante la otra pinza y sujetar una torunda de gasa.	Favorece la ejecución del procedimiento.
20. Sujetar la torunda con la pinza de su mano dominante y liberar la presión de la pinza de su mano no dominante. Este movimiento se realiza sin que las pinzas se rocen.	Favorece la ejecución del procedimiento.
21. Ubicar la pinza de la mano no dominante nuevamente en el campo estéril.	Favorece la ejecución del procedimiento.
22. Retirar con su mano no dominante las tapas de los recipientes por utilizar, descartar la primera porción de la solución* e impregnar con dicha solución la torunda de gasa. Nota: Se debe utilizar Clorhexidina al 2 %, en caso de ser al 4 %, debe impregnarse la torunda con agua estéril después de la aplicación.	Evita irritabilidad en la piel.
23. Repita los pasos 19 al 21 cada vez que tome material del campo estéril.	Favorece la ejecución del procedimiento.
24. Curar la herida de la siguiente forma:	
25. Heridas en forma vertical:	
25.1 Humedecer la torunda con agua estéril, agregar jabón antiséptico.	Permite mayor adherencia del antiséptico y dilución de éste.



25.2 Limpiar con una cara de la torunda con jabón sobre la herida de arriba hacia abajo; luego, pase la otra cara de la torunda y descartarla.	Se aprovecha al máximo la torunda al mantener la técnica.
25.3 Limpiar con ambas caras de la torunda con jabón el borde distal de la herida y descartarla.	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
25.4 Limpiar con ambas caras de la torunda con jabón el borde proximal de la herida y descartarla.	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
25.5 Repetir el paso anterior, utilizar agua y luego con torundas secas.	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
26. Heridas en forma horizontal:	
26.1 Limpiar con una cara de la torunda con jabón sobre la herida en un solo movimiento, de lo proximal a lo distal, luego, pasar la otra cara de la torunda y descartarla.	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
26.2 En heridas mayores a 5 cms de longitud, esta se debe dividir a la mitad y limpiar del centro hacia el lado distal y luego del centro al lado proximal	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
26.3 Limpiar con una cara de la torunda con jabón el borde superior (aproximadamente un perímetro de 5 cms) de la herida en un solo movimiento, de lo proximal a lo distal; luego, pasar la otra cara de la torunda y descartarla.	Se abarca mayor área para la limpieza manteniendo los principios asépticos.
26.4 Limpiar con una cara de la torunda con jabón el borde inferior (aproximadamente un perímetro de 5 cms) de la herida en un solo movimiento, de lo proximal al distal; luego, pasar la otra cara de la torunda y descartarla.	Se abarca mayor área para la limpieza al mantener los principios asépticos.
26.5 Repetir el paso anterior, con una torunda humedecida con agua y luego con una torunda seca.	Se elimina el antiséptico y la humedad.
27. Heridas con bordes irregulares o en forma circular:	
27.1 Curar del centro a la periferia en un solo movimiento. Considerar el tamaño de la herida, para dividirla en	Se cumple con principios de asepsia.



cuadrantes. Iniciar con los cuadrantes distales y luego con los proximales.	
29. Utilizar las torundas que se consideren necesarias.	Favorece la ejecución adecuada del procedimiento.
30. Descartar la pinza en el riñón con solución jabonosa.	Se asegura que no se adhieran los desechos al equipo para favorecer el lavado, desinfección y esterilización posterior.
31. Colocar apósito de acuerdo con la condición de la herida, utilizar la pinza que se encuentra en el campo estéril. En caso de drenaje, colocar apósito separado de la herida.	Favorece una barrera de protección de la herida y la manipulación independientes del dreno.
32. Fijar el apósito con cinta adhesiva y colocar fecha de curación.	El apósito se considera en heridas con salida de secreción, para disminuir riesgo de contaminación.
33. Dejar a la persona usuaria cómoda y la unidad en orden.	Favorece la colaboración de la persona.
34. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
35. Retirar los guantes, el EPP y realizar lavado de manos.	Reduce la transmisión cruzada de microorganismos
36. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
37. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Las puntas de las pinzas se mantienen siempre hacia abajo, debido a que la gravedad hace que las bacterias, líquidos y partículas se desplacen hacia abajo.
2. Se debe realizar la curación de la herida previa a la recolección de una muestra del exudado.
3. El uso de jabón antiséptico en la piel no infectada puede irritar el tejido recién formado y retrasa el proceso de cicatrización.




4. Aplicar el ungüento sobre la herida con una espátula estéril (si está indicado) y colocar el apósito y el vendaje de acuerdo con la condición de la herida.
5. Limpiar siempre desde la zona limpia hacia la contaminada.⁹³
6. Manipular la herida con guantes estériles.
7. Retire o cambie el apósito inmediatamente si está humedecido.

Figura No 8: Campo estéril de la curación



Fuente: Elaboración propia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 157 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 047. Retiro de grapas y suturas

Definición: es el mecanismo para remover suturas y grapas de una herida quirúrgica.^{90,91,92,93,94,95,96,97}

Objetivo: retirar elementos que actúen como cuerpos extraños en los tejidos para promover el proceso de cicatrización.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate.
 - 3.2 Jabón líquido antiséptico.
 - 3.3 Agua estéril.
 - 3.4 Torundas de gasa.
 - 3.5 Equipo de curación.
 - 3.6 Material adhesivo para fijar el apósito (opcional).
 - 3.7 Cuadros de gasa.
 - 3.8 Sábana de tratamiento.
 - 3.9 Equipo para retirar suturas y grapas.
 - 3.10 Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Recipiente con solución jabonosa.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar la indicación en el expediente de salud.	Favorece la seguridad en la atención.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Preparar el equipo y trasladar al sitio donde realizará el procedimiento.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.



5. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
6. Solicitar a la persona usuaria que adopte una posición más cómoda, según sea el sitio anatómico por curar.	Favorece la colaboración.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Curar la herida según procedimiento ENF 045.	Favorece la asepsia de le herida.
9. Retirar las suturas de la siguiente forma: 9.1 Preparar el equipo de retiro de suturas (contiene una pinza de disección y una tijera, esta tiene una de sus hojas curva y filosa). 9.2 Sujetar el nudo del hilo de sutura con la pinza de disección y jalar hacia arriba suavemente. 9.3 Pasar el extremo curvo y filoso de la tijera lo más cercano posible a la piel y el hilo de sutura; accionar la tijera para cortar el hilo de la sutura y jalarlo hasta su total retirada. 9.4 Desechar la sutura con precaución de no contaminar la punta de la pinza. 9.5 Verificar que el hilo de la sutura salió completo. 9.6 Retirar los puntos de sutura según indicación médica.	Favorece la ejecución del procedimiento y disminución de traumatismo. Cortar el hilo con tijeras lo más cerca posible de la piel para evitar que el tramo del hilo que ha estado fuera de la piel, no haga un recorrido interno y provoque contaminación. ⁹³
10. Retiro de grapas: 10.1 Preparar el equipo de retiro de grapas. 10.2. Introducir el quita grapas entre la piel y la grapa, en un solo movimiento, ejercer presión en el centro de la grapa para liberar sus “dientes” y retirarla. 10.3. Retirar la cantidad de grapas según indicación médica.	Favorece la ejecución del procedimiento y disminución de traumatismo.
11. Limpiar y secar el área si es necesario.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
12. Dejar apósito en caso necesario.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
13. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
14. Dejar a la persona usuaria cómoda y la unidad en orden.	Se favorece una atención de calidad.
15. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
16. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.



17. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.
---	---

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar la cicatrización de la herida y reportar signos y síntomas de alerta.
2. Ejecutar el procedimiento con cuidado, para mayor seguridad durante la ejecución del procedimiento y evitar lesión de piel por material punzocortante.
3. Para realizar el corte del punto, valorar el tipo de sutura: continua intradérmica, continua externa, o interrumpida por puntos.



8. Administración de medicamentos

ENF 048. Preparación y aplicación de medicamentos por vía oral y sublingual.

Definición: administración de los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía digestiva, con fines terapéuticos o diagnósticos, en dosis y horarios indicados.^{48,49,98}

Objetivo: Administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía digestiva, con fines terapéuticos o diagnósticos, en dosis y horarios indicados.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Carro para medicamentos.
3. Azafate (en caso necesario).
4. Vasos.
5. Medicamentos.
6. Tarjeta de medicamentos.
7. Espátulas para mezclar (PRN).
8. Agua.
9. Solución alcohólica para la higiene de manos.
10. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico y colocar el EPP.	Disminuye la transmisión de



	microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Los correctos son una medida de seguridad básica en la administración de medicamentos.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Los correctos son una medida de seguridad básica en la administración de medicamentos.
6. Depositar el medicamento en el vaso sin tocar los comprimidos.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
7. Agitar el frasco del medicamento líquido antes de depositar la dosis indicada (cc, cdita, etc) en el vaso.	Asegura la mezcla efectiva de la solución y la medición correcta según la prescripción.
8. Colocar el vaso en el carro o azafate, sobre la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
9. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Comprobar la identificación de la persona usuaria: preguntar antes de administrar el medicamento el nombre y apellidos o revisar la pulsera de identificación en caso de que no se encuentren en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y es una medida de seguridad.
11. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Favorece el reporte oportuno de eventos adversos.
12. Ofrecer agua, administrar el medicamento oral y verificar, que efectivamente la persona usuaria lo ingiere, antes de que el funcionario se retire de la unidad.	Asegura que la persona usuaria recibió el medicamento.



<p>13. Administración de medicamento por vía sublingual:</p> <p>14.1 Colocar guantes limpios.</p> <p>14.2 Solicitar a la persona usuaria que abra la boca y levante la lengua.</p> <p>14.3 Depositar el medicamento en la región sublingual.</p> <p>14.4 Solicitar a la persona usuaria que cierre la boca.</p> <p>14.5 Indicar que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva, la misma no masticarse ni la tocarse con la lengua para evitar la deglución accidental.</p> <p>14.6 No dar líquidos en el momento de administrar la medicación sublingual.</p> <p>14.7 Retirar guantes.</p>	<p>Asegura que la persona usuaria recibió el medicamento.</p>
<p>14. Realizar el cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.</p>
<p>15. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.</p>
<p>16. Colocar las tarjetas de medicamentos en el lugar correspondiente.</p>	<p>Favorece el orden y la seguridad.</p>
<p>17. Registrar en el EDUS, el producto administrado.</p>	<p>Evidencia el cumplimiento de la indicación.</p>
<p>18. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.</p>	<p>Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.</p>


Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos.
2. Evitar derrames del medicamento sobre la etiqueta.
3. En caso de persona usuaria con dispositivos (entéricos) seguir el procedimiento de administración de dieta por sonda ENF 078.
4. En personas con nutrición enteral continua, detener la nutrición 15 minutos antes de administrar la medicación. Si la nutrición enteral es discontinua/bolos, administrar la medicación 1 hora antes o 2 horas después.
5. En medicamentos que se administran por sonda, lavar el tubo con 15 a 30 ml (5 ml en niños) de agua corriente entre cada dos fármacos. Cada medicamento se administra en forma separada, (no diluirlos simultáneamente en un solo vaso) aunque sean a igual hora, para prevenir interacciones y alteraciones terapéuticas.



6. Consultar en la farmacia si el fármaco se puede triturar o la posibilidad de alternativas líquidas o dispersables.
7. Durante la preparación de quimioterapia usar guantes de nitrilo.
8. La medicación en cápsula se puede administrar vía sublingual, pinchándola y depositando su contenido debajo de la lengua para su absorción .
9. En personas usuarias con algún tipo de limitación, el medicamento vía sublingual, se debe extraer el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y se deposita una vez retirada la aguja, debajo de la lengua.
10. La tarjeta de medicamento no se debe colocar junto con el medicamento dentro del vaso, debido a su contaminación.
11. Registrar en el control de ingesta y excreta de la persona usuaria la cantidad de líquidos suministrados con los medicamentos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 164 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 049. Administración de medicamentos por vía rectal.

Definición: es la instilación de una solución en el tracto intestinal inferior (recto). Irrigar una cantidad de líquido en el recto a través de una sonda introducida por el ano.

Objetivo: administrar un medicamento por vía rectal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Medicamento prescrito.
 - 3.2 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.3 Tarjeta de medicamento.
 - 3.4 Guantes limpios.
 - 3.5 Cuadros de papel higiénico.
 - 3.6 Lubricante.
 - 3.7 Sábana movable.
 - 3.8 Sonda rectal.
 - 3.9 Equipo para administrar enema (según necesidad).
 - 3.10 Soporte para solución (según necesidad).
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Bidé (opcional).
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Los correctos son una medida de seguridad básica en la administración de medicamentos.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Agitar el frasco medicamento líquido antes de prepararlo (en caso necesario) y deposite la dosis indicada ml, etc).	Asegura la mezcla efectiva de la solución y la medición correcta según la prescripción.
7. Cargar la dosis del medicamento prescrito y depositar en el dispositivo de aplicación del enema, o colocar el medicamento sobre el azafate.	Es una medida de seguridad.
8. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
9. Trasladar el carro de procedimientos o azafate a unidad de la persona usuaria.	Favorece la manipulación segura del material.
10. Comprobar la identificación de la persona usuaria. Preguntarle antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y es una medida de seguridad.
11. Informar a la persona usuaria sobre el procedimiento y solicitar su consentimiento.	Favorece la colaboración de la persona.



12. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Favorece el reporte oportuno de eventos adversos al medicamento.
13. Ofrecer privacidad a la persona usuaria y colocar en posición SIMS modificada.	Favorece la administración del medicamento.
14. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Es una medida de seguridad.
15. Colocar el sistema para la administración del enema en el soporte para solución.	Facilita la ejecución del procedimiento.
16. Eliminar el aire de la conexión y pinzar o cerrar la llave del sistema para la administración del enema.	Previene inserción de aire al recto.
17. Aplicar lubricante al área del dispositivo que se va a introducir al recto.	Disminuye molestias y favorece la inserción.
18. Indicar a la persona usuaria que inspire profundamente y espire con lentitud, promoviendo así la relajación del esfínter anal externo.	Disminuye la presión abdominal y disminuye el espasmo del esfínter.
19. Separar los glúteos con la mano no dominante e introducir el dispositivo. Presionar los glúteos suavemente mientras se administra la totalidad del medicamento.	Favorece la retención del producto o solución.
20. Supositorio: introducir por la base (con la punta de oliva hacia fuera) en forma lenta y suave. Presionar los glúteos durante tres minutos.	Evita molestias y previene la expulsión
21. Retirar el dispositivo y limpiar el área anal con el papel higiénico.	Ofrece comodidad a la persona usuaria.
22. Descartar el material de acuerdo con la normativa de desechos bio-peligrosos.	Favorece ambiente limpio y seguro.
23. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.



24. Verificar que la persona usuaria quede cómoda y la unidad en orden.	Ofrece comodidad a la persona.
25. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
26. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
27. Colocar las tarjetas de medicamentos en el lugar correspondiente.	Favorece el orden.
28. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
29. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:^{98,99}

1. Los supositorios deben introducirse por la base, pues se favorece la retención y la tasa de expulsión éste es menor.
2. Si la textura del supositorio es blanda, colóquelo en un ambiente frío (si no está contraindicado), previo a la administración.
3. Observe la presencia de efectos secundarios después de aplicado el medicamento como diarrea por estimulación del reflejo de la defecación, sangrado, entre otros.
4. Valore la presencia de hemorroides para evitar ruptura de vasos sanguíneos.
5. Utilizar la temperatura del agua entre 36-38°C en los enemas.
6. Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño se denominan micro enemas.
7. Considerar que en los enemas de retención se recomienda que el líquido se retenga al menos de 30 a 60 minutos.
8. Animar a la persona a vaciar la vejiga antes de iniciar con el procedimiento.
9. Colocar a la persona usuaria en posición de SIMS (decúbito lateral izquierdo, con la pierna izquierda extendida y la derecha flexionada), para el enema de limpieza.
10. Insertar en caso de enemas la sonda de 7.5 a 10 cm en adultos, de 5-7.5 cm en niños y de 2.5-3.5 cm en bebés.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 168 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.311014

Administración de medicamentos por vía parenteral

Se refiere a la administración de sustancias medicamentosas con fines diagnósticos o terapéuticos por medio de las vías: intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa.

ENF 050. Preparar y administrar medicamento por vía intradérmica

Definición: es la introducción de solución medicamentosa mediante inyección en las capas superficiales de la piel, entre la dermis y la epidermis con fines diagnósticos, terapéuticos y preventivos, cuya característica principal es la formación de una pápula pálida en forma de piel de naranja.^{98,100, 101, 103}

Objetivo: preparar y administrar con seguridad los medicamentos administrados a través de las capas superficiales de la piel, entre la dermis y la epidermis, con fines diagnósticos o terapéuticos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Guantes limpios.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Azafate.
5. Tarjetas de medicamentos.
6. Medicamento indicado.
7. Torundas de algodón.
8. Jeringa de 1c.c
9. Aguja de media pulgada de longitud de 9.5 - 16 mm, calibre 25 - 26 G y bisel corto.
10. Solución antiséptica.
11. Contenedores para descartar desechos.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Desinfectar el frasco o ampolla con torunda de algodón y antiséptico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
7. Utilizar una aguja y jeringa para extraer la dosis indicada del medicamento y cambie de aguja para administrarlo.	Reduce molestias al momento de introducir la aguja en la piel de la persona usuaria.
8. Colocar el medicamento en el carro o azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
9. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria	Preserva los derechos del individuo.
10. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y es una medida de seguridad
11. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.



importancia.	
12. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Es una medida de protección.
13. Seleccionar el sitio de punción, limpiar con algodón humedecido con solución antiséptica, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 7 cm y esperar a que la piel esté seca.	La desinfección local disminuye el riesgo de infección.
14. Administrar la medicación: 15.1 Sujetar con la mano no dominante la zona de inyección, estirando la piel y tomar la jeringa con el pulgar y el índice de la mano dominante. 15.2 Colocar la jeringa de forma que la aguja quede paralela a la piel y con el bisel hacia arriba.	Estirar la piel ayuda a la introducción de la aguja.
15. Introducir la aguja en la piel en un ángulo de 10 a 15 grados, avanzar despacio y paralelamente al tejido cutáneo, de modo que a través de éste se pueda ver el bisel. Aproximadamente 3 mm por debajo de la superficie cutánea. Introduzca solo el bisel y algunos milímetros más.	Esta técnica garantiza aplicar la solución a nivel intradérmico.
16. Inyectar el fármaco, justo debajo de la superficie de la piel.	Favorece la técnica y que aparezca una pápula en la zona de administración. Si no aparece, se ha realizado la punción más profunda y reportar.
17. Esperar unos segundos y retirar la aguja en igual ángulo de inserción sin comprimir ni masajear la pápula. ⁹⁸	Evita dispersar el medicamento en el tejido subyacente.
18. Retirar con torunda de algodón seca, los restos de sangre si fuese necesario.	Favorece la asepsia y comodidad de la persona.
19. Solicitar a la persona usuaria informar cualquier síntoma y observar por posible reacción sistémica o local.	Se favorece una detección oportuna de complicaciones.
20. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se favorece el respeto a la persona usuaria.
21. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Ayuda el mantenimiento y conservación del equipo.



22. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
23. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
24. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Marcar la circunferencia de 2.5 cm alrededor de la pápula en la inyección intradérmica, para un control en los test o pruebas.
2. Orientar a la persona usuaria no tocar la zona de punción, ni lavar el perímetro marcado hasta que se le indique.
3. Administrar una cantidad máxima de 0.3 ml. por vía intradérmica.
4. Considerar que el sitio más común para la administración de medicamentos intradérmicos, es la cara anterior del antebrazo, la parte anterior y superior del pecho, por debajo de la clavícula, parte superior de la espalda a la altura de las escápulas y la zona media del abdomen.
5. Evitar administrar medicamentos en zonas del cuerpo que presenten lesiones o manchas.
6. Utilizar la técnica de una mano, para introducir la aguja dentro del protector, según lo establecido en los lineamientos de bioseguridad.



ENF 051. Administración de medicamentos por vía subcutánea

Definición: es la aplicación de un producto farmacológico en el tejido subcutáneo con fines terapéuticos.

Objetivos: preparar y administrar el medicamento prescrito por vía subcutáneo, para lograr el efecto terapéutico.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Guantes limpios.
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Azafate.
5. Tarjeta de medicamento.
6. Medicamento indicado.
7. Jeringa de un cc o graduada en unidades.
8. Aguja de media pulgada de longitud de 16 - 22 mm y calibre de 24 – 27 G y bisel medio.
9. Torundas de algodón.
10. Solución antiséptica.
11. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Desinfectar el tapón del frasco o ampolla con torunda de algodón con antiséptico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
7. Utilizar una aguja y jeringa para extraer la dosis indicada del medicamento y cambie de aguja para administrarlo.	Reduce molestias al momento de introducir la aguja en la piel de la persona usuaria.
8. Colocar el medicamento en el carro o azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
9. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Preserva los derechos del individuo.
10. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y es una medida de seguridad.
11. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
12. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Es una medida de protección.
13. Seleccionar el sitio de punción, limpiar con algodón y solución antiséptica siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 7 cm y esperar hasta que la piel esté seca.	La desinfección local disminuye el riesgo de infección.



14. Deslizar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante sobre el sitio anatómico, crear un área aproximada de 2.5 cm.	Técnica que facilita el procedimiento correcto.
15. Sostener la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba, formar un ángulo de 90 grados, avanzar despacio.	Técnica que facilita el procedimiento correcto.
16. Aspirar muy suavemente con el émbolo, verificar que no hay retorno de sangre, si hay retorno de sangre retirar la aguja, cambiarla y puncionar en otra área.	Es una medida de seguridad.
17. Administrar el medicamento lentamente.	Es una medida de seguridad
18. Esperar de 10 a 15 segundos y retirar la aguja en igual ángulo de inserción. Presionar suavemente con la torunda de algodón el sitio de la aplicación y no dar masajes.	Previene la salida del líquido y disminuye el riesgo de aparición de hematomas. El masaje puede dispersar el medicamento en el tejido subyacente.
19. Solicitar a la persona usuaria, informe cualquier síntoma y observar posible reacción sistémica local.	Detecta posibles efectos adversos.
20. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se favorece el respeto a la persona usuaria.
21. Realizar el cuidado posterior al equipo y depositar la aguja y el material contaminado en el contenedor.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
22. Retirar los guantes y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
23. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
24. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia



Consideraciones:^{98,102,103, 104, 105, 106,107}

1. Considerar que el sitio más común para la administración de medicamentos subcutáneo es el abdomen, la parte superior del brazo y los muslos.
2. Evitar en la administración de la vía subcutánea, la zona del ombligo en un radio de 5 cm, así como las zonas con cicatrices.
3. Dejar secar el área, posterior a la desinfección de la zona, para evitar desactivar el principio activo del medicamento, aplicar lo establecido en la normativa institucional.¹⁰⁷
4. Desinfectar con agua y jabón la piel, previo a la administración de un medicamento.
5. Evitar administrar medicamentos en zonas del cuerpo que presenten lesiones o manchas.
6. Utilizar la técnica de una mano, para introducir la aguja dentro del protector, según lo establecido en los lineamientos de bioseguridad.



ENF 052. Administración de medicamentos por vía intramuscular

Definición: es una vía que permite administrar medicamentos en el tejido muscular con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos.^{98,104, 105,107,108, 109}

Objetivo: preparar y administrar a la persona usuaria el tratamiento prescrito por vía intramuscular, con medidas de seguridad y asepsia adecuada.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Guantes limpios.
3. Tarjeta de medicamento.
4. Medicamento indicado.
5. Aguja de 1 pulgada de longitud y un grosor de 23 a 25 G para niños y de una y media (1 ½) pulgada de longitud y un grosor de 21 a 22 G para adultos.
6. Jeringas en cc según se requiera.
7. Azafate.
8. Solución antiséptica.
9. Torundas de algodón.
10. Solución alcohólica para la higiene de manos.
11. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Acciones de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de



	microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Efectuar los cálculos por regla de tres de la dosis indicada.	Asegura la dosis exacta.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
8. Colocar los guantes.	Es una medida de seguridad en caso de medicamentos con propiedades citotóxicas o irritantes.
9. Prepara la dosis de acuerdo con los siguientes pasos: 9.1 Presentación líquida: 9.1.1 Retirar la cubierta que sella la parte superior del frasco. 9.1.2 Desinfectar con un algodón con alcohol el tapón de goma que cierra herméticamente el frasco. 9.1.3 Cargar el medicamento si éste viene diluido, según la dosis indicada. 9.1.4 Adjuntar la tarjeta a la jeringa, que identifica el medicamento y la persona. 9.2 Polvo con reconstituyente: 9.2.1 Cargar en la jeringa la cantidad de diluyente. 9.2.2 Luego introduzca el diluyente en el frasco. 9.2.3 Homogenizar la solución (rotar el recipiente entre las manos, no agitar la mezcla). 9.2.4 Cargar la dosis indicada en la jeringa. 9.2.5 Adjuntar la tarjeta que identifica el medicamento y la persona usuaria a la jeringa.	Técnica que facilita el procedimiento correcto y favorece la seguridad de la persona usuaria.



9.3 Presentación en ampolla:

9.3.1 Sostener y golpear con suavidad el cuello de la ampolla con los dedos, para bajar el líquido.

9.3.2 Sujetar el cuerpo de la ampolla con la mano no dominante.

9.3.3 Colocar con la mano dominante, un algodón alrededor del cuello de la ampolla.

9.3.5 Localizar el punto de quiebra en la parte superior de la ampolla.

9.3.6 Presionar con los dedos de la mano dominante hacia el lado contrario, donde está el punto de quiebra, para hacer la apertura de la ampolla.

9.3.7 Descartar la parte superior de la ampolla, siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzo cortantes.

9.3.8 Abrir el cobertor de la aguja y la jeringa por la pestaña de apertura del empaque estéril.

9.3.9 Adaptar la aguja en la jeringa (si no viene incluida).

9.3.10 Cargar la dosis del contenido de la ampolla sin que la aguja toque los bordes.

9.3.11 Descartar la ampolla vacía, siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzocortantes.

9.3.12 Eliminar el aire en la jeringa, sostener la jeringa verticalmente (con la aguja dirigida hacia arriba protegida con el cobertor).

9.3.13 Tirar ligeramente hacia atrás el émbolo y golpear la jeringa con los dedos, para avanzar el aire y expulsarlo de la jeringa.

9.3.14 Verificar la dosis exacta del medicamento y cambiar la aguja.

9.3.15 Adjuntar la tarjeta a la jeringa, que identifica el medicamento y la persona.

10. Colocar el medicamento preparado sobre el azafate o en el carro de medicamentos y trasladar a la unidad de la persona usuaria.

Favorece la seguridad de la persona usuaria.

11. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.

Garantiza los derechos de la persona usuaria.



12. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación correcta de la persona usuaria y su colaboración.
13. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
14. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
15. Administrar la medicación: 15.1 Seleccionar el sitio de punción de acuerdo con la edad de la persona usuaria (cuadrante superior externo del glúteo, cara anterior del muslo y en el deltoides cuatro dedos por debajo del acromion de la escápula, y dos dedos superior del surco del deltoides. En los niños RN y lactantes en el muslo en el vasto externo). ¹⁰⁴	La selección correcta del área de punción facilita la absorción del medicamento.
16. Solicitar a la persona usuaria colocarse en posición decúbito ventral con los brazos flexionados a nivel de la cabeza para que se apoye, lateralizar, descubrir el glúteo. Si el sitio seleccionado es el deltoides o muslo, colocar en posición sentada o supina.	La selección adecuada del área evita la punción de terminaciones nerviosas y facilita la absorción del medicamento.
17. Asegurar haber expulsado el aire sobrante invirtiendo la jeringa.	Previene complicaciones asociadas al procedimiento.
18. Deslizar en sentido opuesto los dedos pulgar e índice de la mano no dominante formando una V en el sitio anatómico elegido y limpiar un área de aproximadamente de 7 cm con solución antiséptica siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia. No tocar el área que se desinfectó previamente.	Se cumple con los principios de la técnica aséptica médica.
19. Introducir despacio la aguja en la piel con la mano dominante en ángulo de 90 grados y avanzar en forma	Se asegura depositar el medicamento en el sitio correcto.



perpendicular (usar aguja de una pulgada para niños y de una pulgada y media para adultos).	
20. Aspirar muy suavemente con el émbolo, verificar que no hay retorno de sangre, si hay retorno de sangre retirar la aguja, descartar y preparar el medicamento nuevamente.	Asegura que el medicamento no se deposite en accesos vasculares.
21. Administración con técnica en “Z” 21.1 Colocar el dedo índice y pulgar en línea recta sobre el área seleccionada para inyectar. 21.2 Presionar y deslizar los dedos como formando un pellizco en el músculo y gire hasta formar una Z. 21.3. Insertar la aguja en el centro de la Z con un ángulo de 90 grados y mantener los dedos índice y pulgar en la posición descrita. 21.4. Jalar el émbolo de la jeringa, cerciórese de que la aguja no esté dentro de un vaso sanguíneo. 21.5. Introducir toda la medicación; esperar 10 segundos para liberar la aguja. 21.6. Retirar la aguja lentamente. 21.7. Retirar los dedos del área inyectada. 21.8. Hacer presión con la torunda de algodón por unos 30 segundos y no masajee la zona inyectada. 21.9. Revisar el sitio de punción 15 y 30 minutos después de la inyección.	Previene la fuga de medicamento en el tejido subyacente.
22. Retirar la aguja en igual ángulo de inserción. Presionar con una torunda de algodón, el sitio de la inyección y no dé masajes. Introduzca la aguja en el cobertor con la técnica de una mano.	El masaje puede dispersar el medicamento en el tejido subyacente.
23. Solicitar a la persona usuaria que informe cualquier malestar y observe por posible reacción sistémica o local.	Se valora en forma oportuna la presencia de complicaciones inmediatas.
24. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Favorece el respeto al derecho de la persona usuaria.
25. Depositar la aguja y el material contaminado en el contenedor.	Favorece ambiente limpio y seguro.
26. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.




27. Retirar guantes y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
28. Registrar en el EDUS, el producto administrado el producto.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
29. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Adoptar las medidas de seguridad en personas usuarias con alteración de la conciencia, menor de edad y temerosa del procedimiento, para prevenir que la aguja se salga o se quiebre durante el procedimiento.
2. Aplicar los correctos en la administración del medicamento.
3. Mantener técnicas de asepsia durante todo el procedimiento.
4. Evitar administrar medicamentos en zonas del cuerpo que presenten lesiones o manchas.
5. Utilizar la técnica de una mano, para introducir la aguja dentro del protector, según lo establecido en los lineamientos de bioseguridad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 182 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 053. Administración de la medicación por vía endovenosa

Definición: es la administración de un medicamento directamente en el acceso venoso periférico o central, puede ser aplicado en forma continua, intermitente o en bolos con fines terapéuticos.^{98,110,111}

Objetivo: preparar y administrar fármacos de uso endovenoso garantizando la seguridad para el fármaco, la persona usuaria y el profesional.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Carro de medicamentos.
3. Guantes limpios.
4. Solución alcohólica para la higiene de manos.
5. Azafate.
6. Tarjeta de medicamento.
7. Medicamento indicado.
8. Torundas de algodón.
9. Solución antiséptica.
10. Jeringas según volumen necesario.
11. Agujas, según longitud y calibre necesitado.
12. Catéteres periférico, según longitud y calibre necesitado.
13. Agua estéril.
14. Soluciones (fisiológica 0.9 % o glucosada al 5%).
15. Conexión de soluciones.
16. Soporte para soluciones.
17. Dispositivos de infusión continua (bomba de infusión, opcional)
18. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.



Acciones de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento	Se evita errores y eventos adversos.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Los correctos son una medida de seguridad básica en la administración de medicamentos.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita y favorece la seguridad del procedimiento
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad
6. Efectuar los cálculos por regla de tres, para la dosis indicada.	Asegura la dosis exacta.
7. Realizar higiene de manos.	
8. Prepara la dosis siguiendo los siguientes pasos: 8.1 Presentación líquida en un frasco: 8.1.1 Retirar la cubierta que sella la parte superior del frasco. 8.1.2 Desinfectar con algodón humedecido con alcohol el tapón de goma que cierra herméticamente el frasco. 8.1.3 Cargar el medicamento si éste viene diluido, según la dosis indicada. 8.1.4 Si el medicamento viene en polvo, con el reconstituyente indicado: 8.1.4.1 Cargar en la jeringa la cantidad de diluyente. 8.1.4.2 Luego introduzca el diluyente en el frasco. 8.1.4.3 Homogeneizar la solución (rotar el recipiente entre las manos, no agitar la mezcla). 8.1.4.4 Cargar en la jeringa la dosis indicada.	Técnica que facilita el procedimiento correcto y favorece la seguridad de la persona usuaria.



- 8.1.4.5 Depositar el contenido de la jeringa en la bolsa de solución indicada (si este paso se requiere). Estabilizar con el dedo pulgar e índice el puerto de inyección del medicamento para evitar pinchar la bolsa.
- 8.1.4.6 Homogenizar suavemente la bolsa para mezclar el medicamento y la solución.
- 8.1.4.7 Adjuntar la tarjeta a la jeringa, que identifica el medicamento y la persona.

8.2 Presentación en ampolla:

- 8.2.1 Sostener y golpear con suavidad el cuello de la ampolla con los dedos para bajar el líquido.
- 8.2.2 Sujetar el cuerpo de la ampolla con la mano no dominante.
- 8.2.3 Colocar con la mano dominante un algodón alrededor del cuello de la ampolla.
- 8.2.4 Localizar el punto de quiebra, en la parte superior de la ampolla.
- 8.2.5 Presionar con los dedos de la mano dominante hacia el lado contrario donde está el punto de quiebra, para hacer la apertura de la ampolla.
- 8.2.6 Descartar la parte superior de la ampolla, siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzo cortantes.
- 8.2.7 Abrir el cobertor de la aguja y la jeringa por la pestaña de apertura del empaque estéril.
- 8.2.8 Adaptar la aguja a la jeringa (si no viene incluida).
- 8.2.9 Cargar la dosis del contenido de la ampolla sin que la aguja toque los bordes.
- 8.2.10 Descartar la ampolla vacía en forma inmediata siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzocortantes.
- 8.2.11 Eliminar el aire en la jeringa, sostener la jeringa verticalmente (con la aguja dirigida hacia arriba protegida con el cobertor).
- 8.2.12 Tirar ligeramente hacia atrás el émbolo y golpear la jeringa con los dedos, para avanzar el aire y expulsarlo de la jeringa.
- 8.2.13 Verificar la dosis exacta del medicamento y cambiar la aguja.



8.2.14 Adjuntar la tarjeta de identificación a la jeringa o a la bolsa con solución.	
9. Colocar el medicamento preparado en un azafate o en el carro de medicamentos y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Favorece la seguridad de la persona usuaria
10. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Garantiza los derechos de la persona usuaria
11. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntarle antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación correcta de la persona usuaria y su colaboración.
12. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
13. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	
14. Seleccionar el puerto de acceso vascular (bioconector).	Asegura una administración correcta del medicamento.
15. Desinfectar el área del puerto de acceso vascular, friccionar con solución antiséptica como mínimo 30 segundos.	Favorece la prevención de infecciones.
16. Introducir en forma lenta el medicamento, en caso de administra directamente con jeringa (bolo) y purge la conexión antes y después de pasar el medicamento.	La administración lenta produce una mejor reacción en el cuerpo.
17. Adaptar la conexión al puerto de acceso vascular (bioconector), abrir la llave y regular el goteo. Observar la permeabilidad de la vía.	Favorece el ejecución del procedimiento.
18. Retirar la jeringa o la conexión según sea el caso, una vez terminado el medicamento.	Se cumple con la indicación.
19. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de



	microorganismos.
20. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda	Favorece el respeto al derecho de la persona usuaria.
21. Depositar la aguja y el material contaminado en el contenedor.	Se cumple con la normativa vigente de bioseguridad.
22. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
23. Realizar el lavado de manos.	
24. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en un documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones: ¹¹²

1. Aplicar en todo momento los correctos en la administración del medicamento.
2. Consulta al servicio de farmacia, si se pueden mezclar medicamentos para administrar por vía endovenosa en caso de duda.
3. Valorar la necesidad de utilizar el equipo de protección personal en el momento de preparar y administrar medicamentos, según las características de estos.
4. Considerar que la preparación y administración de medicamentos se lleva a cabo, según recomendaciones del fabricante y normas del comité de farmacoterapia.
5. Realizar la preparación de medicamentos, según el horario institucional establecido.
6. Rotular los viales de infusión de medicamentos, en forma clara y correcto etiquetado (nombre de la persona usuaria, nombre de medicamento, dosis, vía, hora de preparación y funcionario que lo preparó).
7. Observar el medicamento diluido por presencia de partículas en caso de presentarse debe suspender y reportar.
8. Verificar la compatibilidad del medicamento con la solución de dilución.
9. Lavar la vía antes y después de la administración de fármacos.¹¹²
10. Introducir la aguja en el protector de la aguja utilizando la técnica de una mano, según lo establecido en los lineamientos de bioseguridad.
11. Aplicar la TAMQ, en los accesos vasculares centrales, además seguir la normativa institucional específica relacionada con el manejo de estos dispositivos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 187 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 054. Administración de fluidoterapia (soluciones y preparados).

Definición: suministrar soluciones o preparados dotado de propiedades terapéuticas, gota a gota, directamente al torrente circulatorio a través de un acceso periférico o central por un tiempo determinado.

Objetivo: administrar preparados farmacológicos, derivados sanguíneos, nutricionales, entre otros, a través de un catéter periférico o central con un sistema de infusión continuo o intermitente.⁵⁴

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Azafate o carro de medicamentos.
3. Guantes estériles.
4. Solución antiséptica.
5. Sistema de infusión (conexión de suero).
6. Solución o preparado indicado debidamente rotulado (tarjeta con nombre de la persona usuaria, nombre del medicamento, frecuencia, goteo y hora).
7. Jeringas y agujas.
8. Esparadrapo.
9. Solución alcohólica para la higiene de manos.
10. Soporte para soluciones.
11. Dispositivo de infusión continua (Bomba opcional).
12. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.


Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.



2. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre la solución o preparado que se va administrar, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye transmisión de microorganismos.
4. Confirmar que coincidan la tarjeta de solución o preparado con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
5. Preparar el área de trabajo, reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
6. Comprobar el nombre del solución o preparado, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o bolsa. Observar por presencia de turbidez, fugas y partículas.	Es una medida de seguridad.
7. Colocar la solución o preparado en un azafate o carro de medicamentos y trasladar a la unidad de la persona.	Mantiene las medidas de bioseguridad.
8. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
9. Realizar la apertura del empaque del sistema de infusión (conexión de suero) e introducir la espiga en la bolsa de la solución o preparado, usando TAMQ.	Disminuye riesgo de transmisión de microorganismos.
10. Presionar y llenar la cámara de goteo, abrir el regulador, dejar correr la solución a través de la conexión hasta llenar y purgar el sistema. Cerrar el regulador. En bombas de infusión realizar purgado según sistema operativo.	Ayuda a la permeabilidad de la conexión.
11. Colocar la solución o preparado en el soporte para soluciones.	Medida de seguridad.
12. Evaluar el sitio de inserción del catéter, compruebe la permeabilidad del acceso venoso y ausencia de dolor.	Medida de seguridad.



13. Desinfectar con una torunda con antiséptico el bioconector adaptado al catéter.	Es una medida de seguridad.
14. Retirar el protector del conector de la conexión de la solución y adaptar al bioconector.	Disminuye de transmisión cruzada de microorganismos.
15. Colocar los guantes sí se va a adaptar la conexión directamente al catéter, manteniendo la técnica aséptica.	
16. Retirar guantes.	Disminuye riesgo de transmisión cruzada de microorganismos.
17. Asegurar la conexión de infusión con una cinta adhesiva a la piel de la persona.	Evita la tracción, favorece la comodidad y seguridad.
18. Colocar en la tarjeta de identificación, la hora y el nombre de la persona que administra la solución.	Medida de control y seguridad.
19. Regular el goteo (utilice el reloj) de acuerdo con prescripción médica. En bomba de infusión programar los cc por hora.	Medida de seguridad.
20. Rotular la conexión con la fecha de colocación, en soluciones continuas.	Favorece el control del cumplimiento de normativas.
21. Solicitar a la persona usuaria informe cualquier malestar y observar por posible reacción sistémica o local.	Medida de seguridad.
22. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Favorece el respeto al derecho de la persona usuaria.
23. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
24. Realizar el lavado de manos.	Disminuye transmisión de microorganismos
25. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 190 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

26. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.
---	--

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:^{98,111, 112}

1. Realizar el lavado del catéter periférico con solución salina u otro (según normativa institucional), una vez finalizada la administración de medicamentos en caso de infusión por bolos o intermitente.
2. Colocar guantes estériles si va a abrir el acceso vascular para realizar la adaptación de la infusión.
3. Mantener observación periódica del área de inserción vascular para detectar en forma oportuna complicaciones locales asociadas con la infusión de la terapia.
4. Desechar los sistemas de infusión utilizados en la administración de hemoderivados una vez terminada.
5. Realizar en infusiones continuas los cambios de set de bombas y conexiones según la normativa institucional.
6. Utilizar la técnica de una mano, para introducir la aguja dentro del protector, según lo establecido en los lineamientos de bioseguridad.
7. Aplicar la TAMQ, en los accesos vasculares centrales, además debe seguir la normativa institucional específica relacionada con el manejo de estos dispositivos.



ENF 055. Administración de medicamentos por vía nasal

Definición: es la preparación y aplicación de un medicamento en la vía nasal. ¹¹⁴

Objetivo: aplicar el medicamento en forma óptima en la vía nasal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. **Azafate con el siguiente contenido:**
 - 2.1 Medicamento (gotas, inhaladores o atomizadores) indicado.
 - 2.2 Tarjeta de medicamentos.
 - 2.3 Cuadro de gasa o pañito húmedo.
 - 2.4 Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Guantes limpios.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.



5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad
6. Preparar y cargar la dosis indicada del medicamento.	Es una medida de seguridad.
7. Colocar el medicamento en el carro o azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
8. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
9. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece su colaboración.
10. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
11. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. Colocar a la persona usuaria en posición cómoda, según su condición: sentado, acostado, según el tipo de presentación del medicamento o tipo de dispositivo.	Facilita la aplicación del medicamento.
13. Orientar a la persona usuaria sobre el uso correcto del dispositivo: si son inhalaciones indicarle que debe inspirar profundamente, sostener la respiración, contar hasta 10 y expirar tranquilamente. Repetir esta acción las veces indicadas por el médico.	Favorece la colaboración de la persona.
14. Aplicar el medicamento en gotas, de la siguiente forma: 15.1 El funcionario ayuda a la persona a mover la cabeza hacia atrás, con hiperextensión del cuello.	Asegura que la persona usuaria reciba el medicamento



15.2 Utilizar el dedo pulgar de la mano presionando con suavidad sobre la punta de la nariz, apoyando el resto de la mano en la frente de la persona usuaria, para abrir completamente los orificios nasales.	
15. Introducir el cuentagotas, 1 cm en el orificio nasal, procurar no entre en contacto con la mucosa. Dirigir la punta del cuentagotas hacia el orificio nasal manteniendo siempre un ángulo de 180 grados con respecto de la nariz, presionar la pera del gotero e instilar el número indicado de gotas. ¹¹³	Se facilita que el medicamento discurra hacia la parte posterior de la nariz y no hacia la garganta. Solicitar a la persona usuaria que respire por la boca, con ella se evitará los estornudos, los cuales podrían expulsar la medicación hacia los senos paranasales
16. Indicar a la persona usuaria realice una respiración profunda y corta, y permanecer en la posición de hiperextensión durante 3 a 5 minutos. ¹¹⁴	La instrucción sobre el procedimiento, aumenta la efectividad de la aplicación del agente terapéutico. Promueve la seguridad de la persona usuaria.
17. Colocar el gotero en el envase. Limpiar con la gasa o pañito humedecido las secreciones nasales o restos de solución que se encuentran en la piel de la persona usuaria.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
18. Solicitar a la persona usuaria, informar cualquier malestar y observar posible reacción, local o sistémica (ejemplo: dificultad respiratoria).	Favorece la detección oportuna de complicaciones.
19. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se respeta los derechos de las persona usuaria.
20. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo
21. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
22. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación
23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 194 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Solicitar a la persona, limpiar las fosas antes de la administración de medicamentos por esta vía.
2. Instruir a la persona usuaria para no sonar su nariz al menos durante cinco minutos posterior a la administración de medicamento.
3. Considerar que el medicamento nasal es de uso personal.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 195 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 056. Administración de medicamentos por vía cutánea

Definición: es la aplicación de un fármaco en la vía cutánea (piel) con fines terapéuticos.^{98, 115}

Objetivo: aplicar un medicamento por vía cutánea.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. **Azafate con el siguiente contenido:**
 - 2.1 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 2.2 Medicamento para administrar (crema, gel, parche medicado transdérmico, aerosol y otros).
 - 2.3 Tarjeta medicamento.
 - 2.4 Espátula estéril.
 - 2.5 Guantes limpios.
3. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional
4. EPP (PRN).

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



4. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Colocar el medicamento en el azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
8. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
9. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación correcta de la persona usuaria y su colaboración.
10. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
11. Colocar el EPP necesario.	Es una medida de prevención.
12. Limpiar el área de la piel, descartar la primera porción de la crema y depositar en una espátula estéril la porción indicada y aplicar. En zonas de la piel con lesiones o úlcera, realice la curación, según procedimiento ENF 046 y aplicar el producto.	Mantener técnicas de asepsia.
13. Solicitar a la persona usuaria, informe cualquier síntoma y observar posible reacción sistémica o local.	Favorece la detección oportuna de complicaciones.
14. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.



15. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
16. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
17. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
18. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:¹¹⁵

1. Asegurar que el área esté limpia y seca antes de aplicar el medicamento.
2. Evitar que el medicamento entre en contacto con la mucosas u ojos, si no está indicado para ese uso.
3. Utilizar EPP en la administración de medicamentos citotóxicos.
4. Aplicar la crema en dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 198 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 057. Administración de medicamentos por vía ótica

Definición: es la aplicación de medicamentos indicados en el conducto auditivo externo.^{98,116}

Objetivo: aplicar tratamiento a través del conducto auditivo.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. **Azafate con el siguiente contenido:**
 - 2.1 Medicamento indicado.
 - 2.2 Tarjeta de medicación.
 - 2.3 Torundas de gasa o algodón.
 - 2.4 Guantes limpios.
 - 2.5 Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Contenedores para descartar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	



5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Colocar el medicamento en el carro o azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
7. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
8. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación correcta de la persona usuaria y su colaboración.
9. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
10. Realizar la higiene de manos y colocar los guantes.	Es una medida de prevención.
11. Limpiar con la gasa o algodón el área externa del oído.	Favorece el efecto terapéutico del medicamento.
12. Colocar a la persona usuaria, con la cabeza inclinada al lado opuesto donde se va a instilar las gotas.	Favorece el efecto terapéutico del medicamento.
13. Jalar suavemente el pabellón auricular, hacia arriba y atrás. En caso de niños jalar pabellón auricular, hacia abajo y hacia atrás.	La alineación del conducto auditivo permite el acceso directo a las estructuras más profundas del oído externo.
14. Instilar el número de gotas óticas indicadas en el conducto auditivo externo, sin hacer contacto con las estructura del oído.	Evita contaminar el gotero.
15. Aplicar un suave masaje o presión sobre el pabellón auricular (trago) con el dedo.	Se desplaza el fármaco hacia el interior del conducto auditivo.



16. Instruir a la persona usuaria a que permanezca en igual posición durante 3 a 5 minutos.	Esta posición permite que el fármaco descienda por el conducto auditivo.
17. Retirar el exceso de medicación con la torunda de algodón.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
18. Solicitar a la persona usuaria, informe cualquier síntoma y observar posible reacción sistémica o local.	Favorece la detección oportuna de complicaciones y la evaluación de la respuesta al fármaco.
19. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
20. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
21. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
22. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Los medicamentos óticos son de uso personal.
2. Lavar con agua tibia y secar con una gasa estéril si la punta del gotero toca el pabellón auricular.
3. Observar a la persona usuaria por la presencia de mareos o vértigo, después de administrar el medicamento.
4. Considerar que la medicación debe estar a temperatura ambiente, de lo contrario la duración de un frasco de medicamento ótico abierto, es de un mes.
5. Esperar de 5 a 10 minutos entre cada aplicación en caso de requerir aplicar medicación en ambos oídos.¹¹⁶

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 201 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 058. Administración de medicamentos por vía oftálmica

Definición: es la administración de formas terapéuticas en la conjuntiva y mucosa ocular.^{98,117,118,119}

Objetivo: administrar medicamentos en la mucosa y conjuntiva ocular.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.
- ATAP.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. **Azafate con el siguiente contenido:**
 - 2.1 Medicamento.
 - 2.2 Tarjeta de medicación.
 - 2.3 Guantes estériles.
 - 2.4 Torundas de gasa.
 - 2.5 Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.



4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Colocar el medicamento en el azafate con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
9. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación de la persona usuaria correcta y su colaboración.
10. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
11. Colocar a la persona usuaria en posición supina o sentada, con la frente ligeramente inclinada hacia atrás.	Favorece la aplicación del medicamento.
12. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Es una medida de seguridad.
13. Asegurar que la conjuntiva esté limpia o limpiar con una torunda de gasa, desde el ángulo interno hacia el externo. Utilizar torunda de gasa para cada ojo.	Favorece el efecto terapéutico del medicamento.
14. Colocar la mano no dominante sobre la frente y con el dedo índice halar hacia arriba el párpado superior y con el dedo pulgar halar hacia abajo el párpado inferior.	Facilita la aplicación del medicamento.
15. Indicar a la persona usuaria que mire hacia arriba en dirección a la frente.	Con ello se reduce el parpadeo.



<p>16. Instilar con la mano dominante, el tratamiento indicado, iniciar desde el ángulo interno al externo del ojo, de la siguiente forma:</p> <p>17.1 Crema oftálmica:</p> <p>17.1.1 Aplicar una pequeña cantidad sobre una gasa para eliminar la crema de la boquilla del tubo y evitar la contaminación de la mucosa.</p> <p>17.1.2 Administrar 1 cm de la crema a lo largo del borde del párpado inferior.</p> <p>17.1.3 Evitar tocar el ojo o el párpado con el dispositivo del medicamento.</p> <p>17.2. Gotas oftálmicas:</p> <p>17.2.1 Retirar la tapa del contenedor para los ojos, descartar la primera gota antes de instilar.</p> <p>17.2.2 Sostener el cuentagotas invertido con la mano no dominante, lo más cerca posible del ojo, garantizar que no tenga contacto el dispositivo con el párpado, porque se produce el movimiento de parpadeo.</p> <p>17.2.3 Instilar una gota a una distancia de 1 o 2 cm del saco conjuntival, nunca directamente sobre el globo ocular.</p>	<p>Disminuye la posibilidad de contaminación y favorece la aplicación correcta del producto.</p> <p>El cumplimiento de las medidas de asepsia disminuye el riesgo de infecciones en el globo ocular.</p>
<p>17. Utilizar una gasa y apretar firmemente sobre el conducto lagrimal por 1 a 2 minutos.</p>	<p>Previne el rebosamiento de la solución hacia las vías nasales y la faringe.</p>
<p>18. Orientar a la persona usuaria para que cierre y girar los ojos, durante 1 minuto, si no hay contraindicación.</p>	<p>Favorece la distribución uniforme del medicamento.</p>
<p>19. Retirar el exceso de medicación y de secreciones alrededor del ojo con torunda de gasa.</p>	<p>Favorece la comodidad de la persona usuaria.</p>
<p>20. Solicitar a la persona usuaria, informe cualquier síntoma y observar posible reacción sistémica o local e indicar que no deambule hasta tanto su visión sea totalmente clara.</p>	<p>Favorece la detección oportuna de complicaciones.</p>
<p>21. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.</p>	<p>Se respeta los derechos de las personas usuarias.</p>
<p>22. Realizar el cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.</p>



23. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
24. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Se evidencia el cumplimiento de la indicación.
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Considerar que los medicamentos utilizados para la lubricación de la córnea y las gotas de anestesia, son la excepción para la técnica donde se expone el saco lagrimal y el medicamento se aplica en este sitio.
2. Tapar el frasco oftálmico, protegido de la luz, el calor excesivo, anotar la fecha de apertura y descartarse al mes.
3. Indicar a la persona usuaria que debe estar sentada o acostada pues su visión va a estar distorsionada al aplicar las gotas para dilatar pupila.
4. Observar a la persona usuaria por presencia de signos de alergias local o sistémico, después de aplicado el medicamento.¹¹⁸
5. Separar de 1 a 2 minutos entre cada instilación, si se realiza más de una gota del mismo colirio. Si es diferentes colirios realizarlo en intervalos de al menos 5 minutos.
6. Evitar tocar con las manos o el ojo de la persona usuaria, la punta del medicamento oftálmico.¹¹⁹

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 205 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 059. Administración de medicamentos por vía vaginal.

Definición: es la aplicación de un preparado farmacológico por vía vaginal.^{98,120}

Objetivo: preparar y administrar el medicamento por vía vaginal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate.
 - 3.2 Medicamento indicado.
 - 3.3 Guantes limpios y estériles.
 - 3.4 Equipo para aseo perineal.
 - 3.5 Sábana movable.
 - 3.6 Toalla de papel o apósito para retirar el exceso de humedad.
 - 3.7 Toalla sanitaria. (opcional).
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Bidé
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos



3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad.
6. Colocar el medicamento sobre el azafate con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Es una medida de seguridad y favorece el orden.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
8. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
9. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la identificación correcta de la persona usuaria y su colaboración.
10. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
11. Solicitar la madre o el cuidador, que acompañe al menor de edad, durante la ejecución del procedimiento.	Asegura los derechos de la persona usuaria.
12. Estimular a la persona usuaria a vaciar la vejiga.	Disminuye las molestias durante el procedimiento.
13. Colocar a la persona usuaria en posición ginecológica.	Es la posición correcta durante la ejecución del procedimiento.



14. Realizar el aseo genital, según procedimiento ENF 020.	Favorece la ejecución del procedimiento.
15. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
16. Separar con su mano dominante los labios mayores hasta visualizar el orificio vaginal.	Favorece la ejecución del procedimiento.
17. Administrar el medicamento: 17.1 Si utiliza el aplicador vaginal 17.1.1 Lubricar con una pequeña cantidad del medicamento. 17.1.2 Cargar la cantidad de medicamento dentro del aplicador, empujar el émbolo para depositar la medicación en el interior de la vagina. 17.2 En caso de óvulo: 17.2.1 Sujetar con el dedo índice y pulgar de la mano dominante el óvulo en forma de pinza. 17.2.2 Introducir en el canal vaginal de 5 a 7 cm con el dedo índice.	Favorece la ejecución del procedimiento.
18. Instruir a la persona usuaria para que permanezca acostada en posición horizontal durante 15 a 20 minutos. Colocar toalla sanitaria en caso necesario.	Favorece la retención y absorción del medicamento.
19. Realizar el cuidado posterior del aplicador vaginal (lavar con agua tibia, secar y guardar), en caso de que se requiera reutilizar.	Se disminuye el riesgo de infección.
20. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
21. Solicitar a la persona usuaria, informe cualquier síntoma y observar posible reacción sistémica o local.	Favorece la detección oportuna de complicaciones.
22. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
23. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.



24. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en un documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Verificar ausencia del periodo menstrual.
2. Maximizar la absorción del medicamento, aplicando mayor tiempo de reposo.
3. Considerar la sensibilidad cultural y la higiene personal, factores que deben abordarse en la administración de medicamentos por vía intravaginal.⁵⁴



Administración de medicamentos por nebulización

ENF 060. Administración de medicamentos por terapia de aerosol con macro nebulizador o micro nebulizador

Definición: es la administración nebulizada de sustancias medicamentosas a través del tracto respiratorio con propósitos terapéuticos, mediante aerosol terapia. ^{6,98,121,122,123,124,125,126,127}

Objetivos: administrar sustancias medicamentosas a través del tracto respiratorio utilizando algún equipo de liberación continua.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Fuente de oxígeno con llave reguladora o flujómetro.
5. Fuente de aire comprimido. (compresor, sistema pared, cilindro de aire, oxígeno solo con indicación médica).
6. Macro nebulizador o micro nebulizador.
7. Dispositivos para la administración de aerosol, según se requiera, nebulizador con mascarilla o boquilla, tubo en T, mascarilla de traqueotomía.
8. Solución salina isotónica.
9. Jeringa de 10 cc.
10. Agua estéril.
11. Medicamento.
12. Azafate.
13. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.



2. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan la tarjeta de medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar el nombre del medicamento, vía de administración y fecha de vencimiento, al sacarlo del recipiente o gaveta, antes de prepararlo y antes de almacenarlo en el espacio asignado.	Es una medida de seguridad
6. Colocar el medicamento en el carro o azafate, con la tarjeta correspondiente y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
7. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Preserva los derechos del individuo.
8. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntarle antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
9. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.
10. Asistir a la persona usuaria y colocar en posición Fowler o semifowler, si la condición clínica lo permite.	Mejora la expansión torácica.
11. Valorar la permeabilidad de la vía aérea, si se requiere realizar la aspiración de secreción ENF 075.	Favorece mayor aprovechamiento del medicamento.
12. Conectar el flujómetro a la fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento.	Se facilita la ejecución del procedimiento, mayor aprovechamiento del recurso y efectividad de la terapia.
13. Preparar el dispositivo según tipo: 8.1 Macro nebulizador: 8.1.1 Realizar higiene de manos y colocarse guantes limpios. 8.1.2 Agregar agua estéril al recipiente del macro nebulizador hasta el máximo nivel permitido; cerrar herméticamente.	Se facilita la ejecución del procedimiento, mayor aprovechamiento del recurso y efectividad de la terapia.



8.1.3 Conectar correctamente el macro nebulizador el dispositivo de aerosol seleccionado y el tubo corrugado de dos metros y adaptarlo al flujómetro.

8.1.4 Ajustar en el control de concentración de oxígeno del macro nebulizador el porcentaje indicado.

8.1.5 Abrir la llave del flujómetro y ajustarlo entre 8 y 15 litros/minuto. Revisar se produzca aerosol.

8.1.6 Colocar a la persona usuaria el dispositivo de aerosol seleccionado (tubo en T, mascarilla).

8.1.7 Evaluar la tolerancia de la persona usuaria a la terapia.

8.2 Micro nebulizador:

8.2.1 Realizar higiene de manos colocarse guantes limpios.

8.2.2 Abrir el micro nebulizador; agregar el medicamento indicado y cerrarlo en forma segura.

8.2.3 Conectar correctamente el micro nebulizador la boquilla o la mascarilla, la conexión y adaptar al flujómetro.

8.2.4 Solicitar a la persona usuaria, según su condición clínica, que no hable durante la administración de la nebulización, que respire lenta y profundamente, haciendo una ligera pausa antes de exhalar por la boca, si está utilizando boquilla y por la nariz, si utiliza mascarilla.

8.2.5 Abrir la llave del flujómetro y ajustarlo entre 5 y 8 litros/minuto o hasta que salga una fina niebla.

8.2.6 Colocar a la persona usuaria el micro nebulizador con boquilla oral o mascarilla oronasal, según corresponda.

8.2.7 Mantener el nebulizador en posición vertical durante el tratamiento.

8.2.8 Retirar la mascarilla o boquilla y cierre el flujómetro, al no observarse la salida de la niebla fina y constante o al cambio de sonido de la nebulización.

8.2.9 Solicitar a la persona usuaria que tosa y respire profundamente.

8.3 Mascarilla simple con reservorio para traqueostomía¹²⁶

8.3.1 Realizar higiene de manos y colocarse guantes limpios.

Una respiración lenta y profunda favorece el mejor aprovechamiento y efectividad del medicamento.



<p>8.3.2 Preparar el medicamento en un volumen aproximado de 5 ml.</p> <p>8.3.3 Colocar la mascarilla cubriendo el estoma de la traqueostomía. Es necesario ajustar correctamente la mascarilla sobre el estoma, puesto que la entrada de aire ambiental reduce la concentración de oxígeno.</p> <p>8.3.4 Solicitar a la persona usuaria según su condición clínica, que respire lenta y profundamente.</p> <p>8.3.5 Abrir la llave del flujómetro y ajustarlo entre 6 a 8 litros/minuto o hasta que salga una fina niebla.</p> <p>8.3.6 Retirar la mascarilla y cerrar el flujómetro, al no observarse la salida de niebla fina y constante o al cambio de sonido de la nebulización.</p> <p>8.4 Micro nebulizador con ventilación Mecánica:¹²²</p> <p>8.4.1 Realizar higiene de manos y colocarse guantes limpios.</p> <p>8.4.2 Preparar el medicamento en un volumen aproximado de 5 cc.</p> <p>8.4.3 Colocar la solución medicamentosa al nebulizador.</p> <p>8.4.4 Colocar el nebulizador en la rama inspiratoria del circuito del ventilador, (considerar el modelo del ventilador para adjuntar el equipo adicional).</p> <p>8.4.5 Verificar o programar el ventilador en la función de nebulizar.</p> <p>8.4.6 Verificar periódicamente el funcionamiento y que finalice la nebulización.</p> <p>8.4.7 Remueva el micro nebulizador del circuito o apague la programación (de nebulizar) del ventilador, según sea el caso.</p> <p>8.4.8 Verificar el funcionamiento correcto del ventilador.</p>	<p>Se facilita la ejecución del procedimiento, mayor aprovechamiento del recurso y efectividad de la terapia.</p>
<p>14. Valorar a la persona usuaria antes, durante y después de aplicada la terapia con aerosol.</p>	<p>Favorece la detección oportuna de signos y síntomas de alerta.</p>
<p>15. Medir y registrar signos vitales, oximetría, auscultar y registrar datos de mejoría del patrón respiratorio.</p>	<p>Favorece la detección oportuna de signos y síntomas de alerta.</p>
<p>16. Realizar higiene bucal.</p>	<p>Previene infecciones asociadas a la atención en salud.</p>
<p>17. Dejar cómoda a la persona usuaria.</p>	<p>Se respeta los derechos de las persona usuarias.</p>



18. Dar cuidado posterior del equipo.	Se favorece el mantenimiento y conservación del equipo
19. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
20. Registrar en el EDUS, el producto administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en un documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. En personas usuarias con compromiso de la función respiratoria, se debe evaluar la saturación de oxígeno y las constantes vitales durante la aplicación del procedimiento.
2. Mantener cubierto el sistema de nebulización en la unidad de la persona usuaria y descartar según la norma institucional.
3. Para reducir la pérdida de la medicación, debido al volumen muerto, se recomienda “dar golpecitos” al nebulizador periódicamente durante la terapia en un esfuerzo de aumentar la producción del nebulizador.¹²³
4. Evitar un tiempo de nebulización exagerado, el volumen residual (1ml aprox) debe desecharse.^{124,125}
5. En personas usuarias con crisis severa de asma, se aconseja utilizar el oxígeno como fuente de gas para nebulizar, si existe hipoxemia. En el resto de los usuarios con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, debe usarse aire comprimido, pues el oxígeno podría facilitar la retención de dióxido de carbono.¹²⁴
6. En personas usuarias adultas que tengan la capacidad física y cognitiva, se prefiere el uso del nebulizador con boquilla antes que la mascarilla.
7. El volumen de llenado del micronebulizador menor de 4 a 5 ml, puede hacer que aumente la viscosidad de la solución y se dificulte su nebulización.
8. Para que el fármaco actúe a nivel de los alveolos, se debe conseguir un tamaño de partículas de menos de 5 micras. Las partículas de un tamaño menor se quedan en las vías respiratorias altas, no llegando a las zonas más distales del árbol bronquial. Para ello es necesario aplicar al dispositivo el flujo de aire/oxígeno correcto. Con un flujo de 6 a 8 litros por minuto conseguimos una presión de 180 kPa, suficiente para que el 74 % de las partículas generadas tengan el tamaño adecuado.^{6,127}



ENF 061. Uso del inhalador

Definición: es la administración de una cantidad específica de medicamento en forma de aerosol.^{6, 123,127,128}

Objetivos: realizar el uso correcto del inhalador.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Dispositivo: Inhalador de Dosis Medida (IDM), Sistema Turbuhale, Accuhaler, Handyhaler, otros (Cámaras inhalatorias o espaciadoras).
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al medicamento indicado.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
3. Confirmar que coincidan el medicamentos con la indicación en el EDUS (nombre de la persona usuaria, hora, dosis, vía y nombre del medicamento).	Es una medida de seguridad.
4. Preparar el área de trabajo y reunir el equipo.	El orden facilita el procedimiento.
5. Comprobar la identificación de la persona usuaria, preguntar antes de administrar el medicamento, el nombre y apellidos o revisar la respectiva pulsera de identificación en caso de que no se encuentre en capacidad de brindar la información.	Favorece la colaboración de la persona usuaria y es una medida de seguridad.
6. Informar a la persona usuaria, y a su familia, si se encuentra presente, sobre los medicamentos que se están	Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.



administrando, uso y efectos secundarios de mayor importancia.	
7. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
8. Indicar a la persona usuaria que se coloque en posición sentada o de pie. Si no se moviliza, colocar a la persona en posición semifowler.	Favorece la función pulmonar.
9. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
10. Destapar el inhalador y preparar para su utilización (agitar el aerosol 10 veces). El IDM que no ha sido utilizado, presione el cartucho para liberar una dosis al ambiente.	Favorece la preparación del medicamento.
11. Dispositivo IDM con cartucho presurizado de forma directa: 11.1 Destapar el sistema, situar el dispositivo en posición vertical (en forma de L). 11.2 Sujetar el inhalador, entre los dedos índice y pulgar, con el dedo índice en la parte superior y el pulgar en la parte inferior, agitar. 11.3 Solicitar a la persona usuaria que inhale de forma profunda por la nariz y exhale por la boca lentamente hasta botar todo el aire. 11.4 Indicar que coloque la boquilla del dispositivo en la boca, cerrándola a su alrededor. 11.5 Solicitar que realice una inspiración lenta por la boca, la lengua debe estar en el suelo de la boca, no interfiriendo la salida del medicamento. 11.6 Presionar el inhalador una sola vez y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. 11.7 Indicar a la persona usuaria que retire el dispositivo de la boca y mantenga la respiración durante unos 10 segundos o lo más largo que tolere. 11.8 Volver a colocar la tapa en la boquilla.	Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.
12. Técnica inhaloterapia con cámara espaciadora sin mascarilla. (Ver figura No 9) 12.1 Ensamblar el aparato y chequear si hay objetos extraños en su interior. 12.2 Sacar la tapa de la boquilla del inhalador.	Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.



<p>12.3 Inspeccionar la boquilla, para evidenciar presencia de objetos extraños.</p> <p>12.4 Agitar bien el IDM (10 veces).</p> <p>12.5 Si el IDM que no ha sido utilizado, presione el cartucho para liberar una dosis al ambiente.</p> <p>12.6 Ajustar el IDM al espaciador /aerocámara.</p> <p>12.7 Solicitar a la persona usuaria que inhale de forma profunda por la nariz y exhale por la boca lentamente hasta botar todo el aire.</p> <p>12.8 Indicar a la persona usuaria que se coloque la boquilla del espaciador entre los labios haciendo un buen sello, verificar que la lengua no obstruya la boquilla.</p> <p>12.9 Explicarle que presione el propulsor del IDM una vez e indicarle que inicie la inspiración en forma lenta y profunda hasta llenarse los pulmones de aire.</p> <p>12.10 Retirar el espaciador de la boca y mantener la respiración por 10 segundos (o lo más largo que tolere).</p> <p>12.11 Volver a tapar la boquilla del IDM.</p>	
<p>13. Técnica inhaloterapia, cámara espaciadora con mascarilla para niños y adultos. (Ver figura No 10)</p> <p>13.1 Repita los pasos del 12.1 al 12.7.</p> <p>13.2 Colocar la mascarilla con el espaciador que cubra la cara de la persona usuaria completamente desde el mentón hasta el puente de la nariz.</p> <p>13.3 Presionar el propulsor del IDM una vez e indicarle a persona usuaria que realice de 4-6 respiraciones normales o espere de 15-30 segundos si la condición del usuario no le permite obedecer instrucciones.</p> <p>13.4 Retirar el espaciador con la mascarilla de la cara.</p> <p>13.5 Volver a tapar la boquilla del IDM.</p>	<p>Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.</p>
<p>14. Sistema Turbuhaler. (Ver figura No 11)</p> <p>14.1 Desenroscar y retirar la capucha blanca que cubre el inhalador.</p> <p>14.2 Girar la rosca de la parte inferior del inhalador en sentido contrario al de las agujas del reloj y luego devuelva al lado contrario tras dicho movimiento oirá un “clic” que indica que la dosis está cargada y disponible.</p> <p>14.3 Solicitar a la persona usuaria que inhale de forma profunda por la nariz y exhale por la boca lentamente hasta botar todo el aire.</p>	<p>Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.</p>



<p>14.4 Indicar a la persona usuaria que coloque la boquilla (parte superior del inhalador) entre los dientes y cierre los labios sobre ella.</p> <p>14.5 Solicitar que inspire fuerte lo más rápido y profundamente posible hasta llenar los pulmones enérgicamente y mantenga la respiración unos 10 segundos.</p> <p>14.6 Indicar que retire el inhalador de la boca, sostenga la respiración durante 10 segundos y bote el aire despacio por la boca.</p> <p>14.7 Si la persona usuaria no tiene suficiente fuerza para hacer la inspiración, repita los dos pasos previos.</p> <p>14.8 Finalmente, colocar la capucha blanca sobre el inhalador y guardar en un lugar seco.</p> <p>14.9 Instruir a la persona usuaria que cuando aparezca una marca “línea roja” en una ventanita lateral, significa que queda 20 dosis y cuando aparecen “2 líneas rojas” significa que está ya vacío el dispositivo.</p>	
<p>15. Sistema accuhaler. (Ver figura No 12)</p> <p>15.1 Deslizar el protector de la pieza bucal.</p> <p>15.2 Pulsar el gatillo lateral hacia abajo y hasta el tope.</p> <p>15.3 Colocar los labios alrededor de la pieza bucal.</p> <p>15.4 Solicitar a la persona usuaria que inspire fuerte, rápido y profundamente hasta llenar los pulmones.</p> <p>15.5 Indicar que mantenga la respiración unos 10 segundos; retire el dispositivo y bote el aire despacio por la boca.</p> <p>15.6 Tapar la pieza bucal y guardar.</p> <p>15.7 Solicitar enjuagarse la boca y realizar gargarismo.</p>	<p>Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.</p>
<p>16. Sistema de Handihaler. (Ver figura No 13)</p> <p>16.1 Abrir el inhalador, presionando el botón del costado, levantar la boquilla y colocarlo en posición vertical.</p> <p>16.2 Extraer la cápsula del blíster, colocar en el orificio previsto para ello y cerrar el inhalador.</p> <p>16.3 Colocar la boquilla hacia arriba, presionar el botón pulsador hasta el fondo (ubicado a un lado), sólo una vez de modo que agujere la cápsula (se rompe la cápsula y la sustancia activa está lista para ser inhalada).</p>	<p>Favorece la concentración del fármaco en las vías aéreas.</p>



<p>16.4 Indicar a la persona usuaria que inhale de forma profunda por la nariz y exhale por la boca lentamente hasta expulsar el aire manteniendo el inhalador.</p> <p>16.5 Solicitar a la persona usuaria, colocar la boquilla entre los dientes, cierre los labios alrededor de ella y retire la lengua.</p> <p>16.6 Solicitar que aspire rápido y profundo hasta llenar los pulmones, incluso si es preciso dos veces, hasta lograr vaciar el contenido de la cápsula.</p> <p>16.7 Indicar que sostenga la respiración durante unos 10 segundos, retire el dispositivo y bote el aire despacio por la boca.</p> <p>16.8 Levantar la boquilla de vuelta al inhalador y agitar hasta lograr que salga la cápsula.</p>	
<p>17. Indicar a la persona usuaria que debe esperar al menos 1 minuto entre cada dosis.</p>	<p>El tiempo entre las inhalaciones, favorece la sedimentación y absorción de los medicamentos.</p>
<p>18. Repetir el procedimiento según el número de dosis prescrita por el médico.</p>	<p>Favorece el adecuado cumplimiento de las dosis del medicamento.</p>
<p>19. Indicar a la persona usuaria (después de completar las dosis), que realice gárgaras con agua y que la bote. Luego puede tomar agua.</p>	<p>Disminuye la proliferación de hongos en la cavidad bucal y la aparición de caries.</p>
<p>20. Indicar a la persona usuaria que se realice lavado de manos</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos y elimina restos de medicamentos</p>
<p>21. Dejar a la persona usuaria cómoda.</p>	<p>Se respetan los derechos de la persona usuaria</p>
<p>22. Guardar el dispositivo en la unidad de la persona usuaria.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del dispositivo y el medicamento.</p>
<p>23. Realizar lavado de manos clínico.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.</p>
<p>24. Registrar en el EDUS, el producto administrado.</p>	<p>Evidencia el cumplimiento de la indicación.</p>
<p>25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.</p>	<p>Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.</p>

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Comprobar el correcto funcionamiento de las cámaras y válvulas de los inhaladores, si no están en buen estado se deben desechar.



2. Conservar los inhaladores en un lugar seco, con la finalidad de protegerlo de la humedad.
3. Los dispositivos para inhalación varían según la edad: El MDI se recomienda para niños de más de 5 años, el MDI con espaciador o cámara de retención con válvula y la máscara facial se recomienda para niños menores de 5 años de edad, el DPI es recomendado para personas usuarias mayores de 4 años de edad. El nebulizador se sugiere para personas usuarias de cualquier edad.¹²⁸
4. Las indicaciones para el uso de cámara espaciadora sin mascarilla son:¹²³
 - Mayores de 7 años y menor de 65 años.
 - No tiene capacidad de utilizar adecuadamente un inhalador dosis medida en forma directa.
 - En crisis o en una exacerbación del asma o una EPOC
 - Utilización de dosis altas de esteroides inhalados (>400 µg en niños y ≥ 800 µg beclometasona en adultos.
5. Las indicaciones para el uso de mascarilla espaciadora con mascarilla son:¹²³
 - Menor a 7 años.
 - Personas con dificultad para realizar la técnica inhaloterapia con un espaciador sin mascarilla.
 - Personas con problemas físicos, mentales o un déficit cognitivo que le dificulte la técnica.
 - En crisis o en una exacerbación del asma o una EPOC.
 - Utilización de dosis altas de esteroides inhalados (>400 µg en niños y ≥ 800 µg beclometasona en adultos.
6. La administración de broncodilatadores es indolora, favorece la aceptación de la persona usuaria.
 - Los medicamentos y excipientes de los inhaladores pueden ocasionar la aparición de hongos en cavidad bucal y caries, por esto se recomienda realizar enjuagues o higiene bucal posterior a la administración de estos.
 - Si la persona usuaria utiliza varios tipos de medicamentos inhalados, dejar un espacio de 5 minutos entre cada tipo de inhalador.
 - Se debe educar a la persona usuaria sobre la limpieza de los inhaladores y la cámara espaciadora
7. Explicar a la persona usuaria, que el sistema Turbuhaler no tiene sabor, color, ni olor, aunque el inhalador esté sin medicamento. Además, el dispositivo tiene un polvo que es un desecante, sirve para mantenerlo sin humedad, el cual se escucha al agitarlo.



Figura No 9: Cámara Espaciadora sin mascarilla.



Fuente:<https://www.latiendadelalergico.com/camara-espaciadora-optichamber-diamond-philips>

Figura No 10: Cámara Espaciadora con Mascarilla



Fuente:
https://www.philips.es/cp/HH1306_00/optichamber-diamond-camara-inhaladora-con-valvula-con-mascarilla-pequena

Figura No 11: Sistema Turbuhaler



Fuente:<https://www.coflugo.org/docs/turbuhaler.pdf>



Figura No 12: Sistema accuhaler




Fuente: <https://www.blogdefisioterapia.com/inhaladores-multidosis-accuhaler/>

Figura No13: Sistema de handihaler



Fuente: <http://www.ffis.es/Inhaladores/handihaler.html>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 222 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 062. Administración de oxigenoterapia con dispositivos de bajo y alto flujo

Definición: es la administración de oxígeno a través de un dispositivo respiratorio con el fin de mejorar la capacidad respiratoria y prevenir las consecuencias de la hipoxia.^{6, 126}

Objetivo: administrar oxígeno a través de un dispositivo respiratorio, con el fin de mejorar la capacidad respiratoria y prevenir las consecuencias de la hipoxia.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Azafate estéril.
3. Fuente de oxígeno.
4. Regulador de oxígeno para cilindro (cilindro grande, cilindro pequeño), o flujómetro para fuente a pared, según corresponda.
5. Dispositivos de oxígeno de bajo flujo.
6. Humedecedor estéril.
7. Agua estéril.
8. Soporte para la bolsa de agua estéril.
9. Tijera estéril.
10. EPP (bata limpia, mascarilla, lentes y guantes estériles).
11. Servilleta.
12. Solución alcohólica para la higiene de manos.
13. Contenedor para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al látex.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.



3. Informar a la persona usuaria y a su familia, si se encuentra presente, sobre el funcionamiento del dispositivo respiratorio que se va a utilizar y uso.	Favorece la colaboración.
4. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler.	Mejora la expansión torácica.
5. Comprobar la permeabilidad de la vía aérea, revisar la presencia de obstrucciones por acúmulo de secreciones, desviación del tabique, obstrucción nasal y pólipos. Si es necesario, aspirar las secreciones, según procedimiento ENF 075.	Favorece la efectividad de la terapia.
6. Colocar el regulador o flujómetro a la fuente de oxígeno y verificar su funcionamiento.	Utiliza un equipo en optimas condiciones.
7. Realizar higiene de manos y colocar EPP.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
8. Abrir el azafate y colocar el agua estéril.	Favorece la disposición segura de los materiales.
9. Colocar los guantes estériles.	Previene la transmisión de infecciones.
10. Realizar la apertura del cobertor del humedecedor, colocar sobre el azafate. Retira la tapa del humedecedor, cortar la bolsa de agua estéril (con tijera estéril) y viértala a 2/3 partes de la capacidad del humedecedor.	Ayuda a la ejecución del procedimiento.
11. Colocar y asegurar la tapa al frasco del humedecedor.	Evita el derrame de líquido y su adecuado funcionamiento.
12. Rotular el humedecedor con fecha, hora y nombre del funcionario que lo preparó.	Medida para establecer un control de calidad y seguridad.
13. Trasladar a la unidad de la persona usuaria el material.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
14. Adaptar el equipo de oxigenoterapia a la boquilla del humedecedor.	Ayuda a la ejecución del procedimiento.
15. Colocar el regulador o flujómetro a la fuente de oxígeno y verificar su funcionamiento.	Medida de seguridad.
16. Conectar el humedecedor al flujómetro.	Favorece el funcionamiento correcto del equipo.



17. Colocar el dispositivo por utilizar:

20.1 Cánula nasal:

20.1.1 Adaptar la nasocánula a la boquilla del humidecedor y trasladar a la unidad de la persona usuaria.

20.1.2 Conectar el humidecedor al flujómetro.

20.1.3 Abrir el oxígeno al flujo prescrito y asegurarse del correcto funcionamiento del sistema: no hay fugas en las conexiones, no hay sonidos (pitos) extraños, el agua del humidificador burbujea y en el extremo proximal hay flujo.

20.1.4 Solicitar a la persona que se suene la nariz con una servilleta.

20.1.5 Colocar el dispositivo de manera que las dos cánulas curvadas se ajusten en su respectiva fosa nasal.

20.1.6 Pasar la conexión por encima de los pabellones auriculares dirigirlos hacia la barbilla y ajustarlo con el pasador.

20.1.7 Comprobar que no presione el pabellón auricular y la persona se sienta cómoda.

20.2 Mascarilla simple:

20.2.1 Situar la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón de la persona usuaria.

20.2.2 Pasar la cinta elástica por detrás de la cabeza y colocar por debajo de los lóbulos de las orejas.

20.2.3 Adaptar la máscara a la cara de la persona usuaria. Dejar ajustada, sin hacer presión.

20.2.4 Apretar el metal superior a la nariz para evitar el escape de oxígeno hacia los ojos.

20.2.5 Conectar el dispositivo al flujómetro y abrir el oxígeno al flujo indicado.

20.2.6 Revisar periódicamente la correcta colocación de la cánula, el flujo indicado e interrupción de este.

20.3 Máscara tipo Venturi:

20.3.1 Colocar la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón de la persona usuaria.

20.3.2 Pasar la cinta elástica por detrás de la cabeza. y colocar por debajo de los lóbulos de la oreja.

Favorece la utilización óptima de los dispositivos respiratorios.



<p>20.3.3 Adaptar la máscara a la cara de la persona usuaria.</p> <p>20.3.4 Dejar ajustada a la cara, sin hacer presión.</p> <p>20.3.5 Apretar el metal superior a la nariz para evitar el escape de oxígeno hacia los ojos.</p> <p>20.3.6 Seleccionar en el dispositivo de regulación de la concentración de oxígeno la FiO_2 que se desea administrar.</p> <p>20.3.7 Seleccionar en el caudalímetro el flujo de oxígeno para conseguir la concentración de FiO_2 indicada.</p> <p>20.4 Mascarilla con bolsa reservorio</p> <p>20.4.1 Colocar la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón de la persona usuaria.</p> <p>20.4.2 Pasar la cinta elástica por detrás de la cabeza y colocarla por debajo de los lóbulos de las orejas.</p> <p>20.4.3 Adaptar la máscara a la cara de la persona usuaria. Dejar ajustada a la cara, sin hacer presión.</p> <p>20.4.4 Conectar el dispositivo al flujómetro y abrir el oxígeno al flujo indicado.</p> <p>20.4.5 Asegurarse de la correcta y mantenida insuflación de la bolsa reservorio tras cada inspiración del persona usuaria.¹²⁶</p>	
18. Verificar que la persona usuaria quede cómoda.	Brinda comodidad a la persona usuaria.
19. Una vez iniciada la oxigenoterapia, explicar a la persona usuaria los efectos que puede notar (sequedad nasal y opresión del dispositivo) y los síntomas sobre los que debe informar al personal sanitario (mareo, somnolencia o inquietud). ¹²⁶	Favorece la colaboración.
20. Dar cuidado posterior al equipo.	Ayuda al mantenimiento y conservación del equipo
21. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
22. Registrar en el EDUS, el procedimiento administrado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia



Consideraciones:

1. Usar técnica aséptica médica y quirúrgica en el uso de los dispositivos respiratorio, previene la transmisión de microorganismos patógenos a la vía respiratoria.
2. Reducir la proliferación de microorganismos patógenos, el cambio periódico del humedecedor (según normativa institucional).
3. Proteger la piel de los pabellones auriculares, evita lesiones asociadas con el uso del dispositivo.
4. Mantener un cilindro de oxígeno portátil (lleno), en caso de emergencia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 227 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.311014

9. Dispositivos invasivos

ENF 063. Medición y retiro de dreno

Definición: es la medición y el retiro de los sistemas de drenaje utilizados para eliminar o evacuar colecciones de fluidos desde los distintos tejidos u órganos al exterior. ^{6,129, 130}

Objetivo: cuantificar la cantidad de líquidos eliminados y retirar dispositivos en forma segura.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles) .
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Vasija de riñón estéril.
 - 3.3 Jeringa.
 - 3.4 Equipo de curación (en caso de retiro).
 - 3.5 Tijera estéril.
 - 3.6 Sábana movable.
 - 3.7 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Recipiente con solución jabonosa, según normativa institucional.
 - 4.2 Recipiente graduado.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar la indicación médica.	Asegura la continuidad del cuidado en forma oportuna.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la seguridad y colaboración



	de la persona usuaria.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Preparar el equipo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Preserva los derechos del individuo.
6. Colocar el EPP.	Es una medida de prevención.
7. Colocar a la persona usuaria en una posición cómoda y adecuada para el acceso al sitio del dreno.	Favorece la ejecución del procedimiento.
8. Colocar la sábana movable debajo del área donde se encuentra el dreno.	Absorbe derrames.
9. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Abrir con técnica aséptica el cubre paquetes de la vasija de riñón.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
11. Colocar guantes estériles.	Es una medida de seguridad.
12. Colocar la vasija de riñón estéril cerca del dreno.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
13. Abrir el sistema de seguridad del dreno y deje fluir el líquido dentro del riñón.	Permite la recolección del líquido drenado.
14. Cerrar el sistema y medir con la jeringa o el recipiente graduado el líquido drenado.	Se evita derrames, contaminación y se logra una mayor exactitud de la cantidad del líquido drenado.
15. Retiro del dreno: 15.1 Realizar curación de acuerdo con procedimiento ENF 046. 15.2 Cortar con tijera estéril el punto de sutura de la fijación del dreno.	Permite mantener la piel limpia y disminuye las probabilidades de infección.



15.3 Traccionar el dreno de forma suave y continua hasta la salida total del mismo. 15.4 Desechar el dreno en la bolsa de desecho biopeligroso.	
16. Observar las características del orificio de salida. (color, secreción o sangrado, entre otros).	Identifica signos de alerta.
17. Retirar los guantes, realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
18. Realizar curación y dejar el orificio cubierto con un apósito.	Permite mantener la piel limpia.
19. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda y la unidad en orden.	Favorece el bienestar de la persona usuaria.
20. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Ayuda al mantenimiento y conservación del equipo.
21. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos..
22. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Considerar el tipo de dreno y su funcionamiento, para hacer la apertura del sistema, medición y cierre.
2. Numerar los drenajes, en personas usuarias portadora de varios drenajes, para permitir su identificación, se debe mantener el número para cada uno mientras permanezcan colocados.¹³⁰
3. Realizar curación diaria del sitio de inserción del dreno y cuando se requiere cambiar las bolsas colectoras.
4. Valorar la correcta fijación del dreno y funcionamiento del sistema de drenaje.



ENF 064. Curación de catéter venoso central

Definición: es la limpieza y desinfección del sitio de inserción de un catéter, para reducir el riesgo de infecciones, se utiliza técnica asepsia médica y quirúrgica .^{131,132}

Objetivo: mantener el sitio de inserción del catéter limpio para prevención la infección asociada al dispositivo.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (gorro, lentes, mascarilla, bata y guantes estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate.
 - 3.2 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.3 Equipo de curación (una pinza disección sin dientes, dos pinzas hemostáticas).
 - 3.4 Aplicadores.
 - 3.5 Cuadros de gasa pequeños.
 - 3.6 Torundas.
 - 3.7 Solución antiséptica.
 - 3.8 Agua estéril.
 - 3.9 Una membrana oclusiva transparente.
 - 3.10 Cinta para fijación.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Palanga con solución jabonosa.
5. Contenedor para descartar desechos.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.



2. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
3. Limpiar el carro para el procedimiento y reunir todo el equipo.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia
4. Restringir el acceso de personas durante el procedimiento.	Medida para disminuir riesgos de contaminación por terceros del equipo y área de trabajo.
5. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
6. Colocar el EPP.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
7. Solicitar la asistencia de otro funcionario, durante la ejecución del procedimiento de acuerdo con la normativa institucional.	Mantener la asepsia y facilitar la ejecución del procedimiento.
8. Desprender los bordes del apósito sucio, con cuidado sin retirar.	Evita lesiones cutáneas.
9. Retirar los guantes y realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Abrir el cobertor del azafate.	Conservar la esterilidad del material por utilizar.
11. Abrir el equipo de curación y ordenar el material en el campo estéril, según procedimiento ENF 046.	Cumplir con el procedimiento establecido.
12. Utilizar una pinza para retirar el apósito sucio y descartar la pinza en la solución jabonosa.	Mantener la asepsia y facilitar la ejecución del procedimiento.
13. Realizar la curación de acuerdo con el procedimiento establecido, en este caso es importante tomar en cuenta lo siguiente: 13.1 Limpiar el catéter, utilizar aplicadores humedecidos con jabón e iniciar en el sitio de inserción. 13.2 Limpiar las áreas de fijación del catéter, utilizar aplicadores humedecidos con jabón.	La utilización de aplicadores favorece una adecuada limpieza en zonas de difícil acceso



<p>13.3 Limpiar con torunda humedecida con jabón el área de inserción y adyacente al catéter.</p> <p>13.4 Limpiar el área expuesta del catéter, del sitio de inserción hacia el área distal sin devolverse, en un sólo movimiento.</p> <p>13.5 Limpiar con diferentes torundas los lúmenes del catéter.</p> <p>13.6 Ejecutar los pasos anteriores, utilizando aplicadores y torundas humedecidas con agua y luego secar.</p>	
<p>14. Colocar el apósito de protección según normativa.</p>	<p>Favorece la protección y reduce el riesgo de contaminación del dispositivo</p>
<p>15. Rotular el apósito, con el nombre del funcionario que ejecutó el procedimiento, la fecha y hora.</p>	<p>Facilita el control y seguimiento.</p>
<p>16. Realizar el cambio de conectores de acuerdo con la normativa institucional.</p>	<p>Medida de seguridad y reduce el riesgo de contaminación del dispositivo</p>
<p>17. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda y la unidad en orden.</p>	<p>Favorece ambiente limpio y seguro.</p>
<p>18. Depositar los desechos, según normativa institucional.</p>	<p>Favorece el bienestar de la persona usuaria.</p>
<p>19. Realizar el cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Ayuda al mantenimiento y conservación del equipo.</p>
<p>20. Retirar el EPP.</p>	<p>Medida de seguridad.</p>
<p>21. Realizar el lavado de manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.</p>
<p>22. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.</p>	<p>Evidencia el cumplimiento de la indicación.</p>
<p>23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.</p>	<p>Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.</p>

Fuente: elaboración propia



Consideraciones:

1. Evaluar signos de alerta en el sitio de inserción del catéter.
2. Aplicar lo establecido en la normativa institucional, para el cuidado y manipulación del catéter.
3. Utilizar al máximo las precauciones de barrera estéril, incluido el uso del gorro, protector de barba, mascarilla, bata estéril, guantes estériles.
4. Medir la longitud del catéter, para identificar su salida accidental.
5. Evaluar la integridad de las suturas.



ENF 065. Canalización de acceso vascular periférico

Definición: es la inserción de un catéter de corta longitud, en una vena superficial con fines diagnósticos y terapéuticos. ^{112,131,132,133,134,135.}

Objetivo: colocar un catéter de longitud corta en un acceso vascular periférico.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla y guantes estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Equipo de toma de vía (riñón, torundas de gasa o algodón, yodin o copa, pinza).
 - 3.3 Solución antiséptica.
 - 3.4 Catéter corto periférico.
 - 3.5 Jeringa con solución fisiológica.
 - 3.6 Conector de preferencia libre de aguja.
 - 3.7 Apósito transparente, esparadrapo, microporo o cinta adhesiva.
 - 3.8 Torniquete.
 - 3.9 Papel adhesivo o marcador indeleble para anotar datos alusivos a la canalización de la vía (fecha, hora o turno y nombre del funcionario).
 - 3.10 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar la indicación en el expediente de salud de la persona usuaria.	Medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria, sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración.



3. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Preparar y trasladar el equipo a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona.	Favorece la intimidad de la persona.
6. Visualizar la vena y valore sus características; colocar el torniquete y palpe la vena con los dedos índice y medio de la mano dominante.	Favorece la dilatación de las venas.
7. Soltar el torniquete.	Favorece el retorno venoso.
8. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
9. Abrir el cobertor del azafate, colocar el equipo de toma de vía y proceda a ordenarlo.	Conservar la esterilidad del material que se va a utilizar.
10. Retirar el riñón del campo estéril y dejar en el área de trabajo (servirá para descartar la primera porción del antiséptico y colocar las torundas usadas).	Disminuye el riesgo de contaminación.
11. Abrir y colocar el catéter elegido y el apósito de fijación en el campo estéril.	Se mantiene la técnica aséptica médica y quirúrgica.
12. Descartar la primera porción de la solución antiséptica y colocar una cantidad en la copa.	Disminuye el riesgo de contaminación y se dispone el antiséptico en forma segura.
13. Limpiar con una torunda humedecida con solución antiséptica, el área seleccionada para la punción, en un área de aproximadamente 7cm con movimiento de arriba hacia abajo, o en espiral del centro a la periferia, tomando como punto de referencia la vena que eligió. No tocar el área desinfectada excepto con guantes estériles.	Se cumple con principios de antisepsia.
14. Dejar secar la solución antiséptica.	Se cumple con principios de antisepsia y favorece la fijación posterior del apósito.



15. Colocar el torniquete a la persona usuaria a 10 cm o 15 cm del sitio elegido para la punción, cuidando de no contaminar la zona limpia.	Disminuye el riesgo de contaminación.
16. Realizar higiene de manos.	Disminuye el riesgo de contaminación.
17. Colocar los guantes.	Disminuye el riesgo de contaminación y riesgo de contacto con desecho biológico.
18. Tomar el catéter con la mano dominante.	Disminuye el riesgo de contaminación.
19. Sostener la parte del cuerpo de la persona usuaria, que se va apuncoar, con el fin de visualizar la vena.	Favorece la estabilización de la vena.
20. Introducir el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15 a 30 grados (dependiendo de la profundidad de la vena). Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena. Hacer avanzar cuidadosamente en un solo movimiento en dirección de la vena hasta observar el reflujo de sangre en la recámara del catéter.	Favorece la técnica de canalización.
21. Halar la aguja aproximadamente dos mm e introducir el catéter para asegurar su desplazamiento en la vena.	Favorece la técnica de canalización.
22. Retirar el torniquete.	Favorece el retorno venoso.
23. Retirar la aguja y depositar en la vasija de riñón.	Disminuye el riesgo de accidente laboral.
24. Adaptar la jeringa con solución fisiológica al catéter e introducirla lentamente y verificar funcionamiento de la vena.	Asegura la colocación del catéter y comprueba la permeabilidad de la vía.
25. Colocar el bioconector o conexión de solución al catéter.	Mantiene la permeabilidad de la vía.
26. Fijar el catéter con el apósito transparente, tener cuidado de dejar visible el punto de inserción. En su defecto utilizar cinta adhesiva (esparadrapo, transporo).	Disminuye el riesgo de salida y permite la valoración del punto de inserción frecuentemente.



27. Rotular en un lado de la fijación del catéter, con la fecha, hora, turno y nombre del funcionario que realizó el procedimiento.	Favorece el control de calidad.
28. Dejar a la persona usuaria cómoda en su unidad.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
29. Depositar los desechos en los recipientes según normativa establecida.	Favorece un ambiente libre de contaminación y de riesgo.
30. Brindar cuidado posterior al equipo según las normas institucionales.	Favorece la conservación del equipo.
31. Retirar guantes y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
32. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
33. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Elegir para la canalización de venas, las distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo.
2. Evitar la punción del vaso de la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.
3. Considerar, de ser posible, que el punto de inserción no dificulte las actividades diarias de la persona usuaria. Si es posible canalizar el miembro no dominante.
4. solicitar autorización de la persona usuaria, para cortar el vello del área donde se va canalizar la vena, esto favorece la adhesión de la fijación y retiro posterior.
5. Evitar punzar venas sobre prominencias óseas o articulaciones.
6. El tamaño del catéter dependerá de la necesidad y la condición de las venas de la persona usuaria.
7. Prohibido canalizar vías en el miembro superior del lado donde fue practicada una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías) o en presencia de fístulas arteriovenosas, quemaduras, lesiones cutáneas, zonas esclerosadas, flebitis, venas varicosas, trombosadas.
8. Utilizar un catéter nuevo en cada intento fallido de inserción.
9. En el intento de canalización de la vía no vuelva a introducir la aguja una vez retirada, corre el riesgo de perforar la cánula de plástico.



10. Facilitar la presencia de los padres si ayuda a calmar al niño y utilizar mecanismos de distracción como juguetes, cantos, entre otros. Valorar la utilización de la analgesia no medicamentosa, por ejemplo el uso de la chupeta, amamantar, preparados de sucrosa oral y administrar según recomendación institucional.
11. Valorar la utilización de férulas de fijación para mayor durabilidad de la vía endovenosa.
12. Puede utilizar el visualizador de venas de ser necesario.



ENF 066. Retiro del catéter periférico corto.

Definición: es el retiro de un catéter periférico corto una vez que no se utilice. ^{112,132,135}

Objetivo: retirar el catéter periférico.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Azafate.
4. Material adhesivo.
5. Solución antiséptico
6. Gasa estéril.
7. Torundas de algodón.
8. Guantes estériles.
9. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
2. Reunir el equipo completo y colocar sobre el azafate.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
3. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Garantiza los derechos de la persona usuaria.
4. Desprender suavemente la fijación del catéter.	Disminuye el riesgo de dolor y lesiones en la piel.
5. Abrir el cuadro de gasa.	Favorece la disposición del equipo.



6. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
7. Limpiar la zona de punción con una gasa estéril impregnada con solución antiséptica. Dejar secar el antiséptico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
8. Retirar el catéter en forma lenta y suave.	Evita molestias y riesgo de ruptura del catéter.
9. Observar el sitio anatómico en que se encontraba el catéter.	Se valora la presencia de complicaciones.
10. Colocar un algodón seco, ejerciendo presión de 2 a 3 minutos en el sitio de punción y fijar con cinta adhesiva.	Favorece la coagulación y protege el sitio de entrada de microorganismos.
11. Valorar la integridad del catéter, en caso de presentar alteración reportar.	Se detecta oportunamente complicaciones.
12. Dejar a la persona usuaria cómoda en su unidad.	Favorece la colaboración.
13. Depositar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
14. Dar el cuidado posterior al equipo.	Ayuda al mantenimiento y conservación del equipo.
15. Retirar los guantes y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
16. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Prohibido usar tijeras o equipo punzocortante en el momento del retiro de la fijación de la vía periférica.
2. Observar signos de inflamación, extravasación, hematomas, entre otros, en el sitio donde se encontraba el catéter, aplicar tratamiento local, previa indicación médica.
3. Aplicar presión de 5 a 10 minutos en el sitio del catéter al momento de extraerlo, en personas que reciben tratamiento anticoagulante.¹³²

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 241 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

4. Considerar, en niños pequeños (según recomendación institucional), el uso de analgesia o sustitutos durante la realización de procedimientos dolorosos como por ejemplo el uso de chupeta, amamantar, preparados de sacarosa oral.



ENF 067. Colocación de sonda nasogástrica

Definición: consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o la boca hasta la cavidad gástrica o el área proximal del intestino.^{136,137,138,139,140,141,142,143,144}

Objetivo: introducir una sonda nasogástrica o tubo flexible de plástico que le permita acceso a la cavidad gástrica o el área proximal del intestino con fines terapéuticos o diagnósticos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles).
3. **Carro de procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Sonda nasogástrica.
 - 3.3 Gel lubricante.
 - 3.4 Vasija de esponja o riñón.
 - 3.5 Jeringa asepto.
 - 3.6 Copa o vaso desechable.
 - 3.7 Agua.
 - 3.8 Sujetador para sonda nasogástrica.
 - 3.9 Sábana movable.
 - 3.10 Estetoscopio.
 - 3.11 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al látex.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.



3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
4. Preparar el equipo y trasladar a la unidad de la persona.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
5. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona.
7. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler o Fowler, si está contraindicado, lateralizar del lado izquierdo. ¹³⁰	Facilita la introducción de la sonda al bajar por gravedad.
8. Colocar la sábana movable alrededor del cuello y parte del tórax.	Favorece la contención de derrames.
9. Valorar si la introducción de la sonda se realizará por alguna de las fosas nasales o por la boca.	Se aplica criterios clínicos para optimizar el procedimiento.
10. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
11. Abrir el cobertor del azafate y colocar sobre el azafate el equipo de alimentación (vasija de riñón y copa).	Conservar la esterilidad del material por utilizar.
12. Depositar agua en la copa.	Favorece la ejecución del procedimiento.
13. Realizar apertura de la jeringa asepto y verificar la funcionalidad de esta, depositar en la vasija de riñón.	Favorece la optimización del procedimiento.
14. Realizar apertura del lubricante, descartar la primera porción y depositar una porción dentro de la vasija riñón.	Favorece la optimización del procedimiento.
15. Realizar apertura del empaque de la sonda nasogástrica con TAMQ y depositar en el azafate.	Favorece la ejecución del procedimiento.
16. Colocar los guantes.	Es una barrera de protección.



<p>17. Medir la longitud de sonda que se va introducir de la siguiente manera:</p> <p>17.1 Medir del puente de la nariz, hacia el lóbulo de la oreja.</p> <p>17.2 Del lóbulo de la oreja, hasta el apéndice xifoides, (ubicado en la punta del esternón).¹⁴¹</p> <p>17.2 Marca en la sonda esta distancia que se va a introducir.</p>	<p>Favorece la consideración correcta de la longitud de la sonda según las características anatómicas de la persona.</p>
<p>18. Lubricar el extremo proximal de la sonda.</p>	<p>Favorece la introducción.</p>
<p>19. Introducir la sonda lentamente, solicitar a la persona que trague saliva y respire en forma lenta. El funcionario con la mano no dominante, flexiona la cabeza de la persona hasta hacer que el mentón entre en contacto con el pecho. Luego le girar la cabeza hacia un lado para favorecer la introducción de la sonda.</p>	<p>Facilita el acceso de la sonda al esófago por la deglución y que no se dirija a la tráquea</p>
<p>20. Continuar introduciendo la sonda hasta la posición determinada en la medición. (En caso de encontrar resistencia, gire la sonda lentamente mientras la sigue introduciendo, de lo contrario retire la sonda y pruebe nuevamente).</p>	<p>Disminuye el trauma a la persona</p>
<p>21. Retirar la sonda si presenta signos de insuficiencia respiratoria o estímulo vagal.</p>	<p>Beneficia la detección temprana de signos y síntomas de alerta.</p>
<p>22. Corrobar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente forma:</p> <p>22.1 Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.</p> <p>22.2 Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.</p> <p>22.3 Valorar con el estetoscopio:</p> <p>22.3.1 Colocar el estetoscopio en la cámara gástrica justo debajo de las costillas y hacia el lado izquierdo del abdomen.</p> <p>22.3.2 Adaptar la jeringa asepto a la sonda, oprima la pera para introducir aire. Si la sonda está colocada correctamente deberá escuchar un gorgoteo o explosión a través del estetoscopio.</p>	<p>Favorece la prevención de eventos adversos.</p>



23. Fijar la sonda con el sujetador y rotular con fecha. En caso de utilizar cinta adhesiva para fijar, proceda de la siguiente manera: 23.1 Corte una tira de aproximadamente 10 cm y luego corte longitudinalmente hasta la mitad. 23.2 El extremo que no está dividido se fija a la nariz. 23.3 Los extremos que están divididos se enrollan alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro.	Evita que se desplace la sonda y llevar el registro de la fecha de colocación
24. Retirar la sábana movable.	Favorece la comodidad de la persona.
25. Dejar cómoda a la persona usuaria y la unidad en orden.	Respeto a los derechos de las personas.
26. Descartar los desechos según la normativa institucional.	Favorece un ambiente libre de contaminación.
27. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
28. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
29. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
30. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
31. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar la permeabilidad de los orificios nasales, solicite a la persona usuaria que respire por cada orificio, mientras se bloquea uno de ellos. Se selecciona el orificio por el cual respira mejor para colocar la sonda.¹⁴²
2. Solicitar a la persona usuaria que respire lento, durante la introducción de la sonda, si presenta náuseas, detenga el procedimiento.
3. Movilizar la sonda cada 24 horas, para prevenir lesiones de la piel y la mucosa de la fosa.
4. Cambiar la fijación según normativa.
5. Mantener una buena higiene de las fosas nasales y la boca.



6. Retirar la prótesis dental de la persona, previo al procedimiento.
7. Fijar el extremo abierto de la sonda en el hombro de la persona, para evitar que se extraiga si se produce un tirón.
8. En el caso de niños pequeños (según recomendación institucional), puede considerar el uso de analgesia o sustitutos durante la realización de procedimientos dolorosos como por ejemplo el uso de chupeta, amamantar, preparados de sacarosa oral.



ENF 068. Retiro de sonda nasogástrica.

Definición: consiste en extraer una sonda o tubo flexible de plástico de la cavidad gástrica o el área proximal del intestino.¹⁴³

Objetivo: extraer una sonda nasogástrica o tubo flexible de plástico de la cavidad gástrica o el área proximal del intestino.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios) .
3. **Carro de procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 2.1 Sábana movable.
 - 2.2 Servilletas.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar lavado de manos y colocar el EPP.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
3. Explicar a la persona usuaria el procedimiento.	Favorece la colaboración.
4. Colocar una sábana movable en el tórax de la persona usuaria.	Ayuda a la absorción de derrames.
5. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler o Fowler, si no está contraindicado.	Disminuye el riesgo de broncoaspiración.
6. Colocar guantes.	Disminuye el riesgo de transmisión de infecciones.
7. Introducir agua en la sonda (en usuarios pediátricos de 3 a 5 cc y en adultos 10 cc).	Se elimina el contenido gástrico del tubo de la sonda.



8. Pinzar la sonda.	Evita la salida de líquido.
9. Retirar el sujetador nasal.	Favorece la extracción del dispositivo.
10. Solicitar a la persona usuaria que inspire y expire lentamente. Aprovechar la expiración para retirar la sonda de manera continua, suave y rápida.	Disminuye las molestias relacionadas con el procedimiento.
11. Depositar la sonda en el contenedor para descartar desechos.	Mantiene un ambiente libre de contaminación.
12. Limpiar con la servilleta las fosas nasales.	Favorece la comodidad de la persona.
13. Solicitar a la persona usuaria, se mantenga en posición Fowler al menos 30 minutos.	Disminuye el riesgo de micro y broncoaspiración.
14. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
15. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
16. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
17. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valora su integridad de la sonda, una vez que se extrae.
2. Considerar en niños pequeños (según recomendación institucional), el uso de analgesia o sustitutos durante la realización de procedimientos dolorosos como por ejemplo el uso de chupeta, amamantar, preparados de sacarosa oral.



ENF 069. Lavado gástrico.

Definición: consiste en la administración y aspiración de volúmenes de líquido irrigados en el estómago con fines terapéuticos a través de una sonda.^{143,144}

Objetivo: administrar y extraer líquidos directamente a la cavidad gástrica con fines terapéuticos o diagnósticos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo.

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Vasija de riñón estéril.
 - 3.3 Vasija de riñón no estéril.
 - 3.4 Solución según indicación.
 - 3.5 Jeringa asepto.
 - 3.6 Copa.
 - 3.7 Agua.
 - 3.8 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Recipiente graduado no estéril.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.	Es una medida de seguridad.



2. Explicar a la persona usuaria el procedimiento.	Favorece la colaboración de la persona.
3. Realizar lavado de las manos clínico.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
4. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia..
5. Realizar lavado de manos y colocar el EPP.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona.
7. Abrir el empaque del azafate.	Conservar la esterilidad del material por utilizar.
8. Colocar la sonda nasogástrica según procedimiento ENF 067, si la persona usuaria no cuente con ella.	Favorece la ejecución del procedimiento.
9. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
10. Realizar apertura de la vasija de riñón estéril y colocar sobre el azafate.	Favorece la ejecución del procedimiento.
11. Ubicar la vasija de riñón limpia, en el área de trabajo fuera del campo estéril.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
12. Depositar la solución indicada en la vasija de riñón estéril.	Favorece la ejecución del procedimiento.
13. Comprobar la posición correcta de la sonda, de acuerdo con lo descrito en el procedimiento colocación de sonda ENF 067.	Disminuye el riesgo de eventos adversos.
14. Utilizar la mano dominante, para aspirar con la jeringa aseo la solución indicada de la vasija de riñón.	Favorece la ejecución del procedimiento.
15. Sujetar con la mano no dominante la sonda.	Favorece la ejecución del procedimiento.



16. Adaptar la jeringa asepto a la sonda y presionar la pera para introducir la solución indicada en la cavidad gástrica.	Favorece la ejecución del procedimiento
17. Esperar unos minutos y descomprima la presión de la pera, con el propósito liberar el líquido que se encuentra en la cavidad gástrica y retorne a la jeringa asepto.	Favorece la ejecución del procedimiento.
18. Valorar las características del líquido drenado, desadapte la jeringa asepto y depositar el líquido en el riñón no estéril.	Ayuda a la detección oportuna de signos clínicos.
19. Repetir los pasos 15 al 19 las veces que sea necesario, según el objetivo del procedimiento.	Favorece la ejecución del procedimiento.
20. Retirar la sonda, según procedimiento ENF 068 o de acuerdo con la indicación médica.	Favorece la ejecución del procedimiento.
21. Dejar a la persona cómoda.	Respeto de los derechos de la persona.
22. Descartar los desechos según normativa.	Mantiene un ambiente libre de contaminación.
23. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
24. Retirar EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Considerar durante la irrigación que la cantidad de líquido drenado debe ser aproximadamente igual al líquido ingresado.
2. Valorar la permeabilidad de la sonda, si se observa obstrucción movilizarla o cambiarla si es necesario, no forzar introducir para solución.
3. Considerar en niños pequeños (según recomendación institucional), el uso de analgesia o sustitutos durante la realización de procedimientos dolorosos como por ejemplo el uso de chupeta, amamantar, preparados de sacarosa oral.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 252 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 070. Colocación de sonda vesical fija

Definición: consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra.^{145,146,147,148}

Objetivo: establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y terapéuticos.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (bata estéril, lentes, mascarilla, guantes limpios y estériles)
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.3 Equipo de cateterismo vesical (vasija de riñón grande y pequeño, 2 yodines, campo estéril, pinza foerster).
 - 3.4 Cuadro de gasa estéril.
 - 3.5 Sonda vesical, utilizar el calibre según edad, sexo y características de la persona usuaria, de dos o tres vías.
 - 3.6 Gel lubricante.
 - 3.7 Esparadrapo ancho o sujetador.
 - 3.8 Jeringa de 5 o 10 cc.
 - 3.9 Jabón líquido.
 - 3.10 Agua estéril.
 - 3.11 Sábana movable.
 - 3.12 Bolsa de drenaje para orina.
 - 3.13 Frasco estéril para muestra de orina (en caso necesario).
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Vasija de riñón con solución jabonosa.
5. Contenedor para depositar desechos, según normativa.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar la indicación médica en el expediente y revisar si la persona usuaria es alérgica al látex.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
3. Valorar la condición higiénica del área genital y si requiere realice aseo perineal seguir procedimiento ENF 020.	Ayuda a la ejecución del procedimiento.
4. Realizar el lavado las manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
5. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
7. Realizar higiene de manos y colocar EPP.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
8. Colocar el recipiente con agua jabonosa cerca del área de trabajo.	Favorece la accesibilidad para descartar la pinza y evitar la contaminación.
9. Realizar apertura del empaque del azafate.	Conservar la esterilidad del material por utilizar.
10. Abrir el empaque primario del equipo de cateterismo.	La TAMQ mantiene la esterilidad de equipo.
11. Colocar el equipo de cateterismo sobre el azafate y extender el cubre paquete según técnica, dejar expuesto el equipo.	La TAMQ mantiene la esterilidad de equipo.
12. Abrir el empaque primario de la sonda vesical y colocar dentro del campo estéril.	La TAMQ mantiene la esterilidad de equipo.



13. Abrir el empaque de la jeringa y colocar dentro del campo estéril.	La TAMQ mantiene la esterilidad de equipo.
14. Aflojar las tapas de jabón, agua y lubricante.	Favorece la ejecución del procedimiento.
15. Realizar higiene de manos, colocar bata y guantes estériles.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
16. Ordenar los materiales con la pinza de foerster o utilizar la mano dominante de la siguiente forma: 16.1 Colocar la pieza de tela estéril (abierta, cerrada) a un lado dentro del campo estéril. 16.2 Retirar el segundo empaque de la sonda. 16.3 Probar el funcionamiento del balón de la sonda introduciendo la cantidad de cc de aire según las especificaciones del fabricante indicadas en la sonda y depositar en el riñón grande. 16.4 Ubicar verticalmente en el centro del campo estéril los yodines o recipientes pequeños. 16.5 Colocar la vasija de riñón pequeño en el extremo izquierdo del campo estéril. 16.6 Colocar vasija de riñón grande en el extremo derecho del campo estéril. 16.7 Colocar las torundas a los lados de los yodines. 16.8 Agregar un cuadro de gasa (en caso de varón) al campo estéril. 16.9 Colocar la pinza foerster la vasija de riñón pequeño. 16.10 Descartar la primera porción y depositar un poco de lubricante en la vasija de riñón grande.	Mantener la TAMQ garantiza la esterilidad de equipo
17. Sujetar y levantar con la pinza foerster o la mano dominante el yodin y con la mano no dominante deposite agua en él, luego colocar nuevamente dentro del campo estéril.	Mantener la TAMQ garantiza la esterilidad de equipo.
18. Sujetar con pinza foerster o la mano dominante el otro yodin, levantar del campo y con la mano no dominante depositar el jabón, luego colocar nuevamente dentro del campo estéril.	Mantener la TAMQ garantiza la esterilidad de equipo



19. Tome la jeringa y cárgela con agua estéril del yodin, la cantidad agua necesaria para inflar el balón de la sonda. según la indicación del fabricante.	Favorece la ejecución del procedimiento.
20. Colocar la bolsa drenaje de orina en la parte inferior de la cama y extienda la conexión a la región cercana del área genital de la persona usuaria.	Favorece la accesibilidad durante el procedimiento.
21. Deslizar la ropa de cama hasta los pies de la persona usuaria.	Permite tener acceso al área genital.
22. Descubrir el área genital retirando la ropa.	Permite tener acceso al área genital.
23. Colocar la sábana movable debajo de los glúteos de la persona.	Favorece la contención de líquidos.
24. Colocar a la mujer en posición ginecológica. En el hombre se coloca en posición decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas.	Fomenta un entorno seguro para la ejecución del procedimiento.
25. Retirar los guantes	Disminuye la transmisión de microorganismos
26. Realizar higiene de manos	Disminuye la transmisión de microorganismos
27. Colocar guantes estériles	Medida de seguridad.
28. Realizar aseo del área genital femenina siguiendo los siguientes pasos: 28.1 Tomar con la pinza foerster una torunda y humedézcala con jabón. 28.2 Limpiar los labios mayor y menores distal, de arriba hacia abajo, en dirección vertical. 28.3 Descarte la torunda. 28.4 Repetir los pasos 28.1, 28.2, 28.3, con los labios menores y mayor proximal. 28.5 Separar con el dedo índice y pulgar los labios mayores. 28.6 Limpiar el clítoris de arriba hacia abajo, en dirección vertical, con torunda humedecida con jabón.	La higiene adecuada previene la contaminación durante la inserción del dispositivo.



<p>28.7 Repetir los pasos anteriores con torunda humedecida con agua.</p> <p>28.8 Repetir los pasos con torunda seca.</p> <p>28.9 Colocar con la mano dominante el campo estéril de frente a los genitales, entre los muslos.</p>	
<p>29. Realizar aseo del área genital masculina, ejecutar los siguientes pasos:</p> <p>29.1 Sujetar el pene con la mano no dominante y baje el prepucio.</p> <p>29.2 Tomar con la pinza Foerster una torunda y humedézcala con jabón.</p> <p>29.3 Lavar con torunda humedecida con jabón el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.</p> <p>29.4 Lavar con torunda humedecida con jabón, el cuerpo del pene, sin devolverse y descartar la torunda.</p> <p>29.4 Repetir los pasos con torunda humedecida con agua.</p> <p>29.5 Repetir los pasos anteriores con torunda seca.</p> <p>29.6 Colocar el campo estéril abierto y suelte el pene.</p> <p>29.7 Tomar el cuadro de gasa con la mano no dominante para sujetar el pene en posición vertical, inclinar 45 grados hacia el abdomen.</p>	<p>La higiene adecuada previene la contaminación durante la inserción del dispositivo.</p>
<p>30. Depositar la pinza Foerster en el recipiente con solución jabonosa.</p>	<p>Favorece la desinfección del equipo.</p>
<p>31. Tomar con la mano dominante la vasija de riñón grande que contiene la sonda y ubicar sobre el campo estéril que se colocó cerca de los genitales.</p>	<p>Facilita la ejecución del procedimiento.</p>
<p>32. Lubricar la sonda e introducir suavemente en el meato urinario sin forzarla. Cuando salga orina, introducir 2 o 3 cm más.</p>	<p>Favorece la introducción del dispositivo a través de la uretra. Medida de seguridad para verificar la colocación óptima de la sonda.</p>
<p>33. Dejar el otro extremo de la sonda dentro del riñón, para permitir que drene la orina.</p>	<p>Medida de seguridad</p>
<p>34. Retirar la sonda si está indicado o proceda a inflar el balón, con la cantidad de agua cargada en la jeringa.</p>	<p>Favorece la fijación del dispositivo y la detección de complicaciones.</p>



Valorar si hay dolor o signos de malestar, en presencia de estos, vacíe el globo e inserte el catéter un poco más en la uretra.	
35. Traccionar la sonda suavemente hacia afuera, comprobar la correcta posición quedando apoyada en el cuello vesical.	Mantiene su fijación.
36. Retirar el campo estéril de los genitales.	Evita abrir el sistema luego de adaptar la bolsa colectora.
37. Retirar el protector del extremo de la conexión de la bolsa de drenaje, manteniendo la TAMQ y adaptar a la sonda vesical.	Previene la transmisión cruzada de microorganismos.
38. Asegurar la bolsa de drenaje, en un lugar de la cama que permita la comodidad de la persona usuaria y movilidad del dispositivo.	Previene la presencia de eventos adversos.
39. Depositar la cantidad de orina requerida en el frasco para muestra si procede.	
40. Retirar los guantes.	Previene la transmisión de microorganismos.
41. Colocar una tira de esparadrapo de aproximadamente 15 a 20 centímetros de largo, directamente sobre la piel de la persona usuaria, a unos 10 a 15 centímetros debajo de la ingle, en la cara interna del muslo. Colocar la sonda sobre ésta y fijar con otra tira de esparadrapo. Si se cuenta con sujetadores para sonda vesical utilizarlos.	Mantiene la sujeción correcta de la sonda y evita tirones, acodamientos y eventos adversos.
42. Colocar guantes limpios y realizar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
43. Descartar desecho según normativa.	Disminuye la transmisión de microorganismo.
44. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
45. Retirar el resto de EPP y realizar lavado de las manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.



46. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
47. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones: ¹⁴⁸

1. Considerar no inflar el balón, en el sondaje intermitente, ni adaptar la bolsa de drenaje.
2. Reportar o solicitar asistencia médica, si la persona usuaria presenta resistencia al introducir la sonda; o presenta molestia, como: dolor, sangrado, detenga el procedimiento.
3. Aplicar la TAMQ, durante la ejecución del procedimiento.



ENF 071. Retiro de sonda vesical fija.

Definición: consiste en el retiro de la sonda de la vejiga.¹⁴⁹

Objetivos: extraer la sonda vesical permanente cuando la persona no lo necesite, esté obstruida, requiera cambio o en posición incorrecta evitando complicaciones.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (Lentes, mascarilla y guantes limpios)
- 3. Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Jeringa de 5 o 10 cc.
 - 3.2 Sábana movable.
 - 3.3 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración de la persona usuaria.
3. Realizar el lavado las manos clínico y colocar el EPP.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
4. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.



5. Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad a la persona usuaria.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
6. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
7. Colocar guantes.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
8. Colocar a la persona usuaria en posición supina con las piernas ligeramente separadas.	Fomenta un entorno seguro para la ejecución del procedimiento.
9. Colocar sábana móvil debajo de los glúteos.	Absorbe derrames en la cama de la persona.
10. Retirar las bandas de esparadrapo que sujetan la sonda.	Permite el retiro de la sonda.
11. Adaptar la jeringa al puerto de inflado de balón, extraer el agua y corroborar la cantidad extraída, según indicación del fabricante.	Evita lesiones y traumas en el sistema genitourinario durante el retiro.
12. Indicar a la persona usuaria que respire profundamente y extraer la sonda suavemente.	Reduce las molestias en la persona.
13. Medir y descartar el contenido de la bolsa de drenaje de orina.	Favorece el control de excreta.
14. Descartar la sonda y la bolsa de drenaje en el basurero de material bioinfeccioso.	Favorece un ambiente seguro.
15. Ofrecer el orinal a la persona usuaria.	Favorece la comodidad de la persona.
16. Dejar cómoda a la persona usuaria y la unidad en orden.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
17. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
18. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
19. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.



20. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Si se encuentra resistencia al retirar la sonda o si la persona usuaria presenta dolor:
 - 1.1 Verificar que el balón se desinfló completamente.
 - 1.2 Rote la sonda y repita la técnica de extracción.
 - 1.3 Si la sonda no progresa en su salida comunicar al médico.
 - 1.4 Si son inefectivas las medidas anteriores reporte al médico.¹⁴⁹
2. En el caso de niños pequeños (según recomendación institucional), puede considerar el uso de analgesia o sustitutos durante la realización de procedimientos dolorosos como por ejemplo el uso de chupeta, amamantar, preparados de sacarosa oral.



ENF 072. Lavado vesical e irrigación continúa

Definición: mantener la permeabilidad de la sonda vesical, eliminar la obstrucción que puede interrumpir el flujo de la orina, o bien para irrigar la vejiga.¹⁵⁰

Objetivo: mantener la permeabilidad de la sonda vesical, eliminar alguna obstrucción que puede interrumpir el flujo de la orina o bien para irrigar la vejiga.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo.

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Sábana movable.
 - 3.2 Pinza foerster.
 - 3.3 Tres vasijas de riñón estéril.
 - 3.4 Jeringa punta cateter.
 - 3.5 Alcohol 70 grados.
 - 3.6 Cuadro de gasa.
 - 3.7 Solución indicada.
 - 3.8 Frasco para muestra de orina (opcional).
 - 3.9 Campo estéril.
 - 3.10 Bolsa drenaje de orina.
 - 3.11 Solución alcohólica para la higiene de manos
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
5. Soporte para solución.
6. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica y alergias.	Es una medida de seguridad.



2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Descartar y cuantificar la orina si la persona tiene sonda vesical.	Favorece la valoración de la persona.
4. Realizar el lavado de manos clínico.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
5. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad de la persona usuaria	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de las persona usuarias.
7. Colocar a la persona usuaria en posición supina si no está contraindicado.	Fomenta un entorno seguro para la ejecución del procedimiento.
8. Colocar la sábana movable debajo de los glúteos de la persona usuaria.	Favorece la absorción de líquidos.
9. Colocar el equipo de EPP (lentes y mascarilla).	Es una medida de prevención de accidentes laborales.
10. Verificar si la persona usuaria tiene sonda vesical y su funcionamiento, pinzarla con la pinza foerster. Si no tiene, colocarla según el procedimiento ENF 070.	Ahorro de tiempo y energía.
11. Realizar higiene de manos.	Previene la contaminación.
12. Realizar apertura del empaque de la bolsa de drenaje de orina y ubicar en un área accesible para su posterior utilización.	Favorece el acceso del dispositivo.
13. Realizar higiene de manos y colocar bata estéril.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
14. Abrir el azafate con TAMQ y colocar la jeringa punta cateter, gasas, dos vasijas de riñón y campo estéril.	Previene la contaminación del equipo con el medio ambiente
15. Ubicar una vasija de riñón en el área de trabajo fuera del campo estéril.	Se utilizará para descartar el residuo del lavado.



16. Depositar solución fisiológica o medicamento en la vasija de riñón estéril. ¹⁵⁰	Favorece la ejecución del procedimiento.
17. Colocar el campo estéril por debajo de la sonda, bajo el punto de unión de la sonda y el bolsa de drenaje de orina.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
18. Realizar higiene de manos y colocar los guantes estériles.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
19. Ubicar una bandeja riñón sobre el campo estéril.	Previene la contaminación del equipo.
20. Tomar con la mano dominante un cuadro de gasa.	Disminuye el riesgo de contaminación
21. Sujetar con la mano no dominante el antiséptico, descartar la primera porción y humedecer la gasa.	Disminuye el riesgo de contaminación
22. Utilizar la gasa estéril con alcohol para limpiar el área de unión de la sonda y el bolsa de drenaje de orina. ¹⁵⁰	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
23. Colocar el extremo de la sonda en la vasija de riñón estéril.	Disminuye el riesgo de contaminación del dispositivo.
24. Retirar la pinza de la sonda y recolectar muestra para urocultivo u orina si está indicado.	Se cumple con la indicación médica.
25. Aspirar con la jeringa la solución fisiológica o medicamento de la vasija de riñón.	Favorece la ejecución del procedimiento.
26. Adaptar la jeringa a la sonda e introducir la solución indicada.	Favorece la ejecución del procedimiento.
27. Esperar unos minutos y libere la presión de la jeringa, permite drenar el líquido hacia ella.	Favorece la ejecución del procedimiento.
28. Aspirar suavemente el contenido vesical para extraer, al menos, el volumen introducido previamente.	Favorece la optimización del procedimiento.
29. Desadaptar la jeringa y depositar el líquido en la vasija riñón ubicada fuera del campo estéril. Valore las características.	Favorece la detección de signos de alerta.
30. Repetir los pasos 26 al 29 las veces que sea necesario, según el objetivo del procedimiento.	Favorece la efectividad del procedimiento.



31. Pinzar la sonda.	Evita derrame de orina.
32. Retirar el protector de la nueva bolsa de drenaje de orina y adaptarla a la sonda vesical.	Favorece la ejecución del procedimiento.
33. Irrigación vesical continua: 34.1 Colocar en el soporte para soluciones, la bolsa fisiológica y purgar el sistema, según indicación médica. 34.2 Realizar higiene de manos y colocar bata estéril. 34.3 Colocar el campo estéril por debajo del punto de unión de la sonda vesical y la bolsa de drenaje de orina. 34.4 Efectuar higiene de manos. 34.5 Realizar apertura del cuadro de gasa. 34.6 Colocar los guantes estériles. 34.7 Tomar con la mano dominante un cuadro de gasa y con la mano no dominante el antiséptico, descartar la primera porción y humedecer la gasa. 34.8 Utilizar la gasa estéril con alcohol para limpiar el área unión de la sonda y el bolsa de drenaje de orina. 34.9 Utilizar TAMQ y adaptar uno de los puertos de la sonda vesical a la conexión de suero con la solución fisiológica o medicamento indicado. 34.10 Abrir la llave a goteo continuo según indicación médica. 34.11 Permitir que la solución pase por gravedad a la vejiga. 34.12 Observar que el goteo permanezca continuo.	Favorece el objetivo terapéutico del procedimiento.
28. Dejar a la persona usuaria cómoda.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
29. Observar la bolsa drenaje de orina, para verificar las características del líquido drenado y descartar.	Favorece la detección de signos de alerta y prevenir complicaciones.
30. Descartar desechos según normativa.	Disminuye el riesgo de contaminación del medio ambiente.
31. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
32. Identificar con los datos de la persona usuaria, la muestra de orina o urocultivo y enviar al laboratorio.	Favorece la seguridad en la recolección de la muestra.



33. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
34. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación
35. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. La cantidad de líquido drenado durante la irrigación debe ser aproximadamente igual al líquido ingresado.
2. Observar la aparición de signos y síntomas de complicaciones asociados con la terapia o el procedimiento.
3. Administrar soluciones a temperatura ambiente, excepto otra indicación.
4. Reportar al médico en caso de dificultad tanto de entrada como de salida de líquido.
5. Verificar que la bolsa de drenaje de orina se mantenga por debajo del nivel de la vejiga.
6. Descartar el contenido de la bolsa de drenaje de orina, en la irrigación continua oportunamente.
7. Cambiar la bolsa de solución antes de que se vacíe por completo para evitar la entrada de aire en la vejiga durante la irrigación continua.
8. Evitar golpear la sonda vesical en caso de obstrucción.
9. Mantener la fijación de la sonda vesical en todo momento.



ENF 073. Colocación de sonda rectal y enema evacuante

Definición: acceder al recto mediante una sonda rectal para favorecer la expulsión de gases o administrar un enema. ^{151,152}

Objetivo: favorecer la eliminación de gases, materia fecal y administrar tratamiento.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Equipo para enema evacuante (debe incluir la sonda rectal).
 - 3.2 Lubricante.
 - 3.3 Paquete con cuadros de gasa.
 - 3.4 Tratamiento indicado.
 - 3.5 Sábanas movibles.
 - 3.6 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Bidé.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.



4. Preparar el equipo completo y la solución indicada.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
5. Realizar higiene de manos y colocar el EPP.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
7. Trasladar el equipo a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
8. Solicitar a la persona usuaria evacuar la vejiga.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
9. Colocar en el soporte la bolsa con solución indicada y purgar el sistema.	Regula la presión y velocidad con la cual baja el líquido a la cavidad intestinal.
10. Cubrir con una sábana movable a la persona usuaria, dejar descubierta la zona anal. Colocar otra sábana movable debajo de los glúteos.	Favorece la comodidad y absorbe derrames en la cama de la persona.
11. Ayudar a la persona usuaria a adoptar la posición de SIMS (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).	Esta posición permite la relajación muscular y que la solución se desplace por gravedad y llegue con facilidad a las porciones del colon (sigmoideo, transversal e incluso ascendente).
12. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
13. Descartar la primera porción del lubricante y aplicar una cantidad en el extremo de la sonda rectal.	Facilita la introducción del dispositivo a través del ano.
14. Solicitar a la persona usuaria, respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.	Facilita la introducción de la sonda y la relajación de la persona.
15. Separar con la mano no dominante los glúteos, con la mano dominante introduzca suavemente el extremo distal de la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros.	Favorece la ejecución del procedimiento.




16. Abrir el sistema, regular y dejar pasar la solución lentamente.	Favorece la tolerancia intestinal. ¹⁴¹
17. Cerrar de nuevo el sistema y retirar la sonda rectal lentamente.	Favorece la ejecución del procedimiento.
18. Asistir a la persona usuaria para que pueda evacuar el intestino con comodidad y privacidad, en el bidé o servicio sanitario.	Disminuye la angustia a la persona usuaria.
19. Retirar la sábana movable.	Favorece la comodidad de la persona usuaria.
20. Dejar cómoda a la persona usuaria y la unidad en orden.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
21. Descartar los desechos según normativa.	Disminuye la contaminación ambiental.
22. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
23. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos
24. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
25. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Valorar (previo al procedimiento) la limpieza del área genital, anal y realizar la higiene si es necesario.
2. Considerar en el enema de limpieza, retener el líquido por 5 a 10 minutos. para restablecer las heces fecales y estimular el reflejo de la defecación.¹⁵⁴
3. El enemas de retención se requiere de 30 a 60 minutos dependiendo del tipo de fármaco.
4. Comunicar al médico, en caso de presentar resistencia al introducir la sonda, no forzar la inserción.
5. Solicitar a la persona usuaria con hemorroides, que realice el esfuerzo de defecar en el momento de introducción de la sonda, para abrir el esfínter externo.¹⁵²

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 270 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 074. Lavado de cánula de traqueotomía.

Definición: es la limpieza de la cánula de traqueotomía.¹⁵³

Objetivo: conservar la permeabilidad de la cánula endotraqueal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (bata estéril, lentes, mascarilla, guantes limpios y guantes estériles).
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Equipo para succión o aspiración completo (proveen diferentes presiones de succión).
5. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 5.1 Azafate estéril.
 - 5.2 Equipo para curación.
 - 5.3 Aplicadores estériles.
 - 5.4 Agua estéril o suero fisiológico.
 - 5.5 Jabón desinfectante.
 - 5.6 Torundas de gasa.
 - 5.7 Cuadros de gasa.
 - 5.9 Tijera estéril.
 - 5.10 Cuadro de gasa para ojos.
 - 5.11 Una Jeringa de 10 cc.
6. **Equipo Kit de Limpieza de Traqueotomía descartable o en su defecto:**
 - 6.1 Gasa abierta.
 - 6.2 Cinta de hiladilla o similar.
 - 6.3 Pinza recta.
 - 6.4 Dos vasijas de riñón.
 - 6.5 Aplicadores estériles.
 - 6.6 Cuadro de gasa.
 - 6.7 Agua oxigenada
7. Estetoscopio.
8. Oxímetro de pulso (opcional).



9. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar a la persona usuaria e informar sobre el procedimiento.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar el lavado de manos clínico.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
3. Reunir y trasladar el equipo hasta la unidad de la persona usuaria.	Se realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
4. Comprobar el correcto funcionamiento del aspirador: 4.1 Verificar la presión adecuada en el manómetro, para lo cual se debe colocar el dedo sobre el extremo distal del tubo de conexión. 4.2 Regular la presión según las características de la persona usuaria, antes de continuar con el procedimiento.	Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.
5. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler y dar privacidad.	Proporciona comodidad y seguridad.
6. Auscultar a la persona usuaria, en presencia de secreciones, aspirar según procedimiento ENF 076	Detecta presencia de secreciones, valora la profundidad de la respiración.
7. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
8. Colocar el EPP (anteojos, mascarilla, bata).	Medida de protección.
9. Realizar apertura del azafate.	Conservar la esterilidad del material por utilizar.
10. Realizar apertura del “Equipo exclusivo de limpieza de traqueotomía” con TAMQ, de lo contrario preparar el equipo sobre el azafate en el carro de procedimientos: 10.1 Realizar apertura con TAMQ de las vasijas de riñón, conservar sobre su cobertor y colocar junto al azafate. 10.2 Depositar agua estéril en una vasija de riñón. 10.3 Depositar agua oxigenada en la otra vasija de riñón.	Garantiza la disposición del material necesario para la ejecución del procedimiento.
11. Realizar apertura con TAMQ del equipo de curación y colocarlo sobre el azafate. 11.1 Agregar con TAMQ al equipo de curación: 11.1.1 Aplicadores. 11.1.2 Cuadros y torundas de gasa. 11.1.3 Cuadro de gasa abierta. 11.1.4 Cinta de hiladilla o similar.	Conserva la esterilidad del equipo y garantiza la disposición del material necesario para la ejecución del procedimiento.



12. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Medidas de seguridad para la prevención de infecciones.
13. Ordenar las pinzas y el material para la curación.	Favorece la ejecución del procedimiento.
14. Sujetar con la mano no dominante la base de la cánula endotraqueal, con la mano dominante retirar la endocánula y depositar en la vasija de riñón con agua oxigenada.	Previene la extracción accidental de la cánula
15. Sujetar con la mano no dominante la base de la cánula endotraqueal, y retirar el cuadro de gasa abierta con la mano dominante.	Previene la extracción accidental de la cánula
16. Retirar los guantes.	Disminuye el riesgo de infección.
17. Realizar higiene de manos y colocar guantes estériles.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
18. Valorar la condición de estoma y realizar la curación según procedimiento ENF 045.	Ayuda a la ejecución del procedimiento.
19. Verificar constantemente el patrón ventilatorio de la persona usuaria.	Detecta posibles complicaciones.
20. Lavado de endocánula: 20.1 Lavar con agua oxigenada la endocánula. 20.2 Extender en diagonal un cuadro de gasa e insertar de un orificio a otro de la endocánula. 20.3 Realizar movimientos de fricción, las veces necesarias. 20.4 Hasta que el interior quede totalmente limpio. 20.5 Utilizar aplicadores para favorecer el desprendimiento de secreciones. Nota: En caso de utilizar el “Equipo exclusivo de limpieza de traqueotomía” realizar el lavado, use los accesorios del equipo según las especificaciones del fabricante.	Previene la acumulación de secreciones.
21. Pasar a la otra vasija de riñón la endocánula, para un enjuague final exhaustivo con agua.	Se asegura el retiro de restos de antiséptico.
22. Extender un cuadro de gasa, introducirlo en la cánula y secar el lumen.	Favorece la ejecución del procedimiento.
23. Insertar la endocánula y ajustar el seguro.	Previene la extracción accidental de la cánula.
24. Sujetar con firmeza la cánula y cambiar la hiladilla.	Previene la extracción accidental de la cánula.




25. Colocar la gasa abierta alrededor de la cánula.	Protege la piel alrededor del estoma y favorece la absorción de secreciones.
26. Dejar a la persona usuaria en una posición cómoda y la unidad en orden.	Brinda comodidad y confort.
27. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
28. Descartar los desechos según la normativa institucional.	Favorece un ambiente libre de contaminación.
29. Retirar el EPP.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
30. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
31. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia la ejecución del procedimiento.
32. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Utilizar la TAMQ en el cuidado del estoma y de la endocánula.
2. Seleccionar el calibre adecuado de la sonda de aspiración, para la eliminación de secreciones.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 274 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

10. Aspiración de secreciones

ENF 075. Aspiración de secreciones nasofaríngeas y orotraqueales

Definición: es la introducción de una sonda, para aspirar y extraer las secreciones de la vía aérea que la persona usuaria que no puede eliminar de forma espontánea.^{154, 155}

Objetivo: mantener la permeabilidad de la vía aérea mediante la aspiración de secreciones.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo.

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (bata estéril, lentes, mascarilla, guantes limpios y estériles).
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 4.1 Sondas de aspiración estériles, según el número adecuado.
 - 4.2 Agua estéril.
 - 4.3 Estetoscopio.
 - 4.4 Gel lubricante (opcional).
 - 4.5 Sábana movable.
5. Equipo de aspiración de secreciones con sus accesorios (conexión, frasco recolector).
6. Fuente de oxígeno.
7. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Realizar lavado de manos clínico.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
3. Preparar el equipo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia



4. Colocar el EPP (lentes, mascarilla, bata limpia y guantes limpios).	Disminuye la transmisión de microorganismos.
5. Comprobar el correcto funcionamiento del aspirador: 5.1 Verificar la presión adecuada en el manómetro. Para lo cual se debe colocar el dedo sobre el extremo distal del tubo de conexión. 5.2 Regular la presión según las características de la persona usuaria.	Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento. La presión adecuada para la aspiración reduce la formación de atelectasia, hipoxia, y el daño a la mucosa traqueal.
6. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
7. Colocar sábana móvil sobre el tórax.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
8. Colocar a la persona usuaria, si su condición lo permite, en posición semifowler, según las siguientes recomendaciones: 8.1 Aspirar vía nasal: semifowler con hiperxtensión de la cabeza a 70 grados. 8.2 Aspiración por vía oral: semifowler con la cabeza girada hacia un lado. 8.3 Si la persona usuaria esta inconsciente colocar en posición de decúbito lateral.	Favorece la ventilación de la persona y efectividad del procedimiento.
9. Retirar los guantes y realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Abrir el cobertor de la sonda de aspirar por el extremo del adaptador sin retirarlo y ajustar a la conexión del aspirador.	Mantener protegida la sonda previa a su utilización
11. Activar el regulador de succión en el modo continuo y ajustar la presión negativa según las recomendaciones.	Favorece la ejecución del procedimiento y reduce la aparición de complicaciones.
12. Realizar higiene de manos y colocar los guantes estériles.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
13. Sujetar, con la mano no dominante, la sonda de aspirar a nivel de la unión con la conexión que va al regulador de succión y ocluir con el dedo pulgar el orificio para interrumpir la succión. Sacudir levemente la sonda para que se desprenda el cobertor, asegurarse que no entre en contacto con ninguna superficie y sujetar con su mano dominante.	Disminuye el riesgo de contaminación de la sonda.



<p>14. Aspiración Nasofaringe:</p> <p>14.1 Medir la distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz de la persona usuaria, que será la longitud por introducir de la sonda.</p> <p>14.2 Verificar la permeabilidad de las fosas nasales.</p> <p>14.3 Utilizar la fosa nasal permeable, para realizar la aspiración.</p> <p>14.4 Lubricar la punta de la sonda con agua estéril o lubricante hidrosoluble.</p> <p>14.5 Evitar aspirar durante la introducción de la sonda.</p> <p>14.6 Indicar a la persona usuaria (si es posible) que inspire. Introducir, con la mano dominante la sonda a través de una coana y la dirige hacia el suelo de la boca, hasta llegar a la medida indicada.</p> <p>14.7 Retirar la sonda aproximadamente 1 cm.</p> <p>14.8 Iniciar la aspiración ocluyendo con el dedo pulgar el orificio de la sonda y sacarla lentamente, en forma rotativa para extraer las secreciones.</p> <p>14.9 Realizar la aspiración en un máximo de 10 a 15 segundos.</p> <p>14.10 Realizar las veces que sea necesario la aspiración, valorando la tolerancia.</p> <p>14.11 Oxigenar a la persona, 30 segundos si presenta disminución de la saturación de oxígeno y/o alteraciones del ritmo cardiaco durante la aspiración.</p>	<p>Favorece la introducción y extracción correcta de las secreciones.</p>
<p>15. Aspiración orofaringe:</p> <p>15.1 Lubricar la punta de la sonda con agua y aspirar para comprobar su permeabilidad.</p> <p>15.2 Solicitar a persona usuaria que abra la boca y baje la lengua.</p> <p>15.3 Introducir suavemente la sonda, deslizándola por uno de los lados laterales de la boca hasta llegar a la orofaringe.</p> <p>15.4 Aspire las secreciones.</p>	<p>Favorece la introducción y extracción correcta de las secreciones.</p>
<p>16. Introduzca la sonda de aspirar en la bolsa con agua estéril, limpiar las secreciones de la sonda y el tubo de succión para mantener su permeabilidad.</p>	<p>Favorece la permeabilidad del lumen de la sonda.</p>
<p>17. Depositar los desechos según normativa institucional.</p>	<p>Favorece un ambiente libre de contaminación.</p>



18. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
19. Desactivar la succión.	Favorece el cuidado del equipo.
20. Auscultar ambos campos pulmonares de la persona usuaria.	Permite evaluar la efectividad del procedimiento.
21. Controlar y registrar los signos vitales, signos físicos de oxigenación distal y la medición de saturación de oxígeno.	Permite evaluar la efectividad del procedimiento y detección oportuna de complicaciones.
22. Proporcionar comodidad a la persona usuaria.	Se respeta los derechos de las personas.
23. Dar cuidado posterior del equipo.	Favorece el cuidado y la conservación del equipo.
24. Retirar EPP y realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
25. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia la ejecución del procedimiento.
26. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones.¹⁵⁴

1. Colocar a la persona usuaria el oxímetro de pulso, medir y registrar la saturación de oxígeno.
2. Realizar la aspiración previa evaluación de la presencia de secreciones y no de forma rutinaria.
3. La presión de aspiración recomendada es:
 - Neonatos 60 a 80 mmHg.
 - Lactantes es de 80 a 100 mmHg,
 - Niños de 100 a 120 mmHg,
 - Adolescentes y adultos de 100 a 150 mmHg.
4. Usar la presión adecuada, para la aspiración ya que reduce el riesgo de atelectasia, hipoxia, y el daño a la mucosa traqueal.
5. La estimulación de la tráquea tiene el potencial de causar reacciones vaso vagales. La aspiración de la vía aérea respiratoria estimula el reflejo nauseoso y vagal que puede provocar vómito.
6. La aspiración en la parte posterior de la garganta tiene mayor riesgo de náuseas, vómitos y traumatismo de la mucosa.
7. En el caso de niños pequeños, puede considerar el uso de analgesia, según indicación médica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 278 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 076. Aspiración endotraqueal de secreciones

Definición: es la introducción de una sonda para aspirar secreciones a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía con el fin de mantener la permeabilidad de la vía aérea artificial y favorecer el intercambio gaseoso.^{126,154,155,156,157}

Objetivos: remover secreciones traqueo bronquiales utilizando la técnica estéril para favorecer la permeabilidad de la vía aérea artificial.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (, lentes, mascarilla, bata y guantes estériles).
3. Solución alcohólica para la higiene de manos
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 4.1 Azafate.
 - 4.2 Sonda de aspiración estériles, según el número adecuado o circuito cerrado de aspiración.
 - 4.3 Agua estéril.
 - 4.4 Estetoscopio.
 - 4.5 Jeringa de 20 ml.
 - 4.6 Solución salina.
 - 4.7 Campo estéril.
 - 4.8 Tijera estéril.
5. Unidad de succión intermitente (conexión, frasco recolector).
6. Fuente de oxígeno.
7. Monitor de frecuencia cardiaca.
8. Oxímetro de pulso.
9. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Es una medida de seguridad.
2. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
3. Preparar el equipo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza trabajo con eficiencia y eficacia.
4. Solicitar ayuda a otro funcionario, dado que es una técnica estéril.	Contribuye a mantener la técnica aséptica durante el procedimiento
5. Verificar la funcionalidad de la fuente de oxígeno y adaptar al ventilador manual manteniendo protegido el extremo que se adapta al TET.	Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.
6. Verificar la funcionabilidad del aspirador de succión.	Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.
7. Colocar biombos o cortinas, para mantener la privacidad de la persona usuaria.	Muestra respeto a la persona usuaria.
8. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler, si su condición lo permite.	Favorece la ventilación de la persona y efectividad del procedimiento.
9. Auscultar los campos pulmonares con el estetoscopio.	Permite valorar la posición del tubo endotraqueal y permeabilidad de la vía aérea.
10. Colocar el oxímetro de pulso y valorar la saturación de oxígeno.	Es una medida de seguridad.
11. Verificar la presión del balón del tubo: 11.1 Sujetar con el dedo índice y pulgar de la mano no dominante el balón de control. 11.2 Presionar suavemente el balón de control. 11.3 Valorar la necesidad de ajustar la presión del balón mediante la introducción o retiro de aire con una jeringa.	Permite valorar la fijación interna correcta del tubo.
12. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
13. Colocar EPP (bata, lentes y mascarilla)	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
14. Abrir el empaque del azafate y colocar el equipo (guantes y el agua estéril.)	Proteger el equipo de la contaminación del medio ambiente
15. Realizar apertura de la bolsa de agua con la tijera estéril.	Disminuye el riesgo de contaminación.
16. Realizar higiene de manos y colocar los guantes estériles.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
17. Colocar el campo estéril sobre el tórax.	Medida de contención de derrames.



18. Técnica de aspiración abierta^{126,154}

18.1 Abrir el empaque de la sonda por el extremo donde se adapta a la conexión de aspirar, sin retirarlo y ajustar la sonda a la conexión.

18.2 Sujetar, con la mano no dominante, la sonda de aspirar a nivel de la unión de la conexión que va al regulador de succión y solicitar al colaborador que sujete el extremo distal del empaque.

18.3 Sujetar con la mano dominante la sonda, para evitar que entre en contacto con superficies no estériles.

18.4 Oxigenar al 100 % (excepto en neonatos) durante 30-60 segundos, ajustar la FiO₂ en el respirador o usar un programa de enriquecimiento de oxígeno disponible en muchos respiradores con microprocesador (Solicitar al funcionario colaborador que lo realice).

18.5 Solicitar al funcionario colaborador active el regulador de succión en el modo continuo y ajuste la presión negativa según las recomendaciones.

18.6 Medir la sonda y visualizar hasta donde se debe introducir.

18.7 Solicitar al funcionario colaborador desadaptar el ventilador.

18.8 Insertar, con la mano dominante, la sonda marcada en el tubo endotraqueal o traqueostomía, sin tocar alguna otra superficie, deslizándola suavemente, hasta encontrar resistencia y retroceda de 1 a 2 centímetros.

18.9 Realizar la aspiración: Tapar con el dedo pulgar el orificio de control de la aspiración y sacar lentamente la sonda. Debe durar 15 segundos como máximo.

18.10 Administrar oxígeno al 100 % durante 30-60 segundos.

18.11 En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar a la persona 20-30 segundos antes de introducir sonda. No realizar más de 3 aspiraciones.

18.12 Desechar la sonda utilizada y limpiar la conexión de aspirar con agua estéril.

18.13 Conectar el ventilador mecánico indicado a la persona usuaria, cuando ha terminado de aspirar.

18.14 Aspirar la orofaringe y nariz antes de terminar el procedimiento utilizando otra sonda.

Disminuye la contaminación de la sonda

Previene la aparición de complicaciones asociadas al procedimiento

Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.

Disminuye la contaminación de la sonda

Previene las microaspiraciones en región peritubo y peribalón.

El tiempo máximo de permanencia de la sonda en la vía aérea no debe ser mayor a 15 segundos para prevenir complicaciones como hipoxia y lesión a la mucosa.¹¹¹



19. Técnica de aspiración cerrada:^{154,157}

19.1 Conectar el catéter de aspiración cerrada mediante un adaptador en “Y” al ventilador y el otro extremo al tubo endotraqueal o traqueostomía.

19.2 Oxigenar al persona mediante un mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo autolimitado (Solicitar ayuda al funcionario colaborador).

19.3 Solicitar al funcionario colaborador active el regulador de succión en el modo continuo y ajuste la presión negativa según las recomendaciones.

19.4 Introducir el catéter dentro del tubo: realizar una maniobra repetida de empujar el catéter y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, con el pulgar y el índice, hasta que se note resistencia o la persona presente tos.

19.5 Cuando se alineen los números del tubo endotraqueal y la sonda, la punta de la sonda de aspiración se encuentra en el extremo distal del tubo endotraqueal. Se debe avanzar la sonda un máximo de 2 centímetros más allá del final del tubo para dejar los orificios de Murphy listos para aspirar.

19.6 Aspirar presionando la válvula de aspiración y retirar suavemente el catéter, recordando que la aspiración no debe durar más de 10-15 segundos.

19.7 Asegurarse de retirar completamente la sonda en el interior de la funda de plástico de modo que no obstruya el flujo aéreo. Verificar que la línea indicadora coloreada en el catéter sea visible en el interior de la funda.

19.8 Valorar a la persona usuaria para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.

19.9 Permitir al menos 1 minuto entre cada aspiración para favorecer la ventilación y oxigenación.

19.11 Colocar una jeringa con 20 ml de solución salina en el orificio de irrigación (para lavar la sonda al terminar la aspiración).

19.12 Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna. Repetir hasta que el catéter esté limpio.

Previene la aparición de complicaciones asociadas al procedimiento

Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.

Previene la aparición de complicaciones asociadas al procedimiento.

Favorece la seguridad en la ejecución del procedimiento.



19.13 Retirar la jeringa y cerrar el puerto de irrigación. 19.14 Asegurar el control de succión quede bloqueado para prevenir la succión inadvertida. 19.15 Administrar oxígeno al 100 % durante 30-60 segundos. 19.16 Desadaptar el catéter del tubo colector y colocar el tapón protector. 19.17 Limpiar el tubo colector con agua estéril.	Previene la aparición de complicaciones asociadas al procedimiento Favorece la permeabilidad del lumen del catéter. Previene la contaminación del sistema cerrado
20. Retirar los guantes y realizar higiene de manos	Disminuye la transmisión de microorganismos.
21. Descartar los desechos según normativa institucional.	Favorece un ambiente seguro.
22. Desactivar las fuentes succión.	Favorece el cuidado y la conservación del equipo.
23. Auscultar los campos pulmonares de la persona usuaria para corroborar la efectividad del procedimiento.	Permite evaluar la efectividad del procedimiento y verificar la posición del tubo endotraqueal.
24. Monitorear y registrar el estado hemodinámico y saturación de oxígeno de la persona usuaria.	Permite evaluar la efectividad del procedimiento y detección oportuna de complicaciones.
25. Proporcionar comodidad a la persona usuaria.	Muestra respeto a las personas usuaria.
26. Dar cuidado posterior del equipo.	Favorece el cuidado y la conservación del equipo.
27. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
28. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
29. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad, especificando motivo de la aspiración, características de las secreciones, tolerancia al procedimiento y complicaciones si las hubiera.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Aplicar la técnica aséptica médica y quirúrgica.
2. La mano dominante utilizada para realizar la aspiración debe permanecer estéril mientras se requiera la inserción de la sonda en el tubo.
3. Utilizar una sonda nueva, cada vez que la persona usuaria requiere ser aspirada.¹⁵⁴
4. Cambiar la sonda en caso de requerir aspirar la cavidad oral o nasal.

5. El diámetro del catéter de succión no debería exceder la mitad del diámetro interno de la vía aérea artificial en adultos, dando una relación de diámetro interno-externo de 0,5 en adultos y 0,5- 0,66 en neonatos y lactantes, a saber:¹⁵⁷

Cuadro No 3: Tamaño del tubo endotraqueal

Tamaño del tubo endotraqueal	Lumen del catéter
5.0	F10
5.5	F10
6.0	F12
6.5	F12
7.0	F14
7.5	F14
8.0 y superior	F16

Fuente: Guías de la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios (AARC)

6. Aspirar con sonda que posee agujeros circunferenciales, no es necesario realizar movimientos de rotación mientras se extrae la sonda.¹⁵⁴
7. La presión de aspiración recomendada es:¹⁵⁴
- Neonatos de 60 a 80 mmHg
 - Lactantes de 80 a 100 mmHg
 - Niños de 100 a 120 mmHg
 - Adolescentes y adultos de 100 a 150 mmHg.
8. Consultar al médico sobre el nivel de oxigenación permitido en personas con cardiopatías congénitas.
9. Evitar la instilación rutinaria de suero fisiológico a través del tubo endotraqueal o traqueostomía antes de la aspiración de secreciones bronquiales. En caso de que las secreciones sean espesas y secas se debe valorar el estado de hidratación de la persona y proporcionar métodos de humidificación y nebulizadores de suero fisiológico.^{154,157}
10. Mantener niveles óptimos de saturación de oxígeno.
11. Aportar previo a la succión, oxígeno al 100 % en personas pediátricas y adultos, y aumentar en un 10 % sobre el basal en neonatos, por 30-60 segundos previo al evento de succión, especialmente en personas que están hipoxémicos antes de la succión.¹⁵⁷
12. Usar la opción predeterminada que existe en los ventiladores aumentar la FIO₂ para oxigenar a la persona durante el procedimiento de aspiración o aumentar la FIO₂ manualmente.
13. La Guía de la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios (AARC)), no recomienda la ventilación manual, pues ha demostrado ser inefectiva en brindar FiO₂ de 100 %.
14. Valorar el adecuado nivel de sedación y relajación antes de aspirar a personas usuarias con PIC elevada. La aspiración produce aumento de la presión intracraneal (PIC).¹⁵⁶



15. Facilitar la continuación de la ventilación mecánica y de la oxigenación durante el evento de succión, para lo cual, se sugiere el uso de la técnica de succión cerrada en adultos con alta FiO_2 , o PEEP, o riesgo de desreclutamiento pulmonar y para neonatos.¹⁵⁷
16. El sistema de succión cerrada debe cambiarse cada 24 horas o según lo estipulado en la normativa.



11. Alimentación

ENF 077. Alimentación asistida

Definición: es la administración adecuada de un régimen dietético (soporte nutricional), de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria, tomando en cuenta sus preferencias y creencias religiosas.¹⁵⁸

Objetivo: favorecer la ingesta adecuada de alimentos en forma oportuna, según las necesidades de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Mesa puente.
3. Vasija con agua.
4. Palangana.
5. Jabón de manos.
6. Alimentos indicados.
7. Cuchara, vaso.
8. Pieza de tela.
9. Azafate.
10. Equipo para higiene bucal.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud de la persona usuaria, verificar la indicación médica	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de



	microorganismos
4. Verificar el tipo de dieta indicada.	Es una medida de seguridad.
5. Valorar la dificultad para deglutir o masticar los alimentos en la persona.	Es una medida de seguridad.
6. Ofrecer vasija de riñón con agua y jabón para que la persona usuaria se lave las manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
7. Colocar a la persona usuaria según su condición en posición Fowler o sentado en silla.	Favorece la deglución y previene el micro y broncoaspiración.
8. Acercar a la persona usuaria, la mesa puente para que ingiera los alimentos, de lo contrario lo ayuda el funcionario de Enfermería.	Favorece la autonomía.
9. Colocar sábana movable sobre el tórax de la persona, para proteger su ropa, de los derrames de alimentos.	Favorece la comodidad.
10. Preguntar a la persona usuaria en qué orden desea los alimentos.	Estimula la ingesta de ellos.
11. Ofrecer la porción de alimento y bebida a la persona usuaria, esperar que mastique y degluta el alimento hasta concluir su dieta.	Favorece la ingesta de alimentos.
12. Retirar la vajilla y el equipo utilizado.	Favorece el cuidado del equipo.
13. Ofrecer el material o asistir en el procedimiento de aseo bucal según procedimiento ENF 019.	Favorece la comodidad de la persona.
14. Efectuar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación.
15. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
16. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.




17. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad, documentando el porcentaje de ingesta de alimento.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.
--	--

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Estimular a la persona usuaria para que desarrolle grados de independencia cada vez mayores, valorando cuáles son sus posibilidades.
2. Mantener a la persona usuaria dependiente en posición semifowler o fowler después de ingerir los alimentos, durante un tiempo mínimo de 40 minutos, para evitar la broncoaspiración.¹⁵⁸
3. Reporte al servicio de nutrición algún aspecto que interfiera en la aceptación, tolerancia y deglución de alimentos.
4. Cerciórese que antes de la alimentación, exista un ambiente agradable, el cual favorezca la alimentación.
5. Interrumpir el suministro de alimento si la persona no tolera, vomita o manifiesta ahogo.
6. Valorar en niños pequeños, la capacidad para efectuar el ciclo de succión, deglución y respiración.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 288 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 078. Alimentación enteral por sonda nasogástrica.

Definición: consiste en administrar una fórmula alimentaria líquida de características especiales, mediante la cual se aporta sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, por medio de sondas.^{159,160}

Objetivo: proporcionar los nutrientes requeridos por el organismo a través de una sonda, insertada en alguna parte del tubo gastrointestinal.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1. Azafate estéril.
 - 3.2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.3. Equipo de alimentación (vasija de riñón, copa y jeringa asepto).
 - 3.4. Sábana movable.
4. **Nutrición por bolos:**
 - 4.1 Fórmula.
 - 4.2 Sábana de tratamiento.
 - 4.3 Vaso con agua (30 a 50cc)
5. **Nutrición por gastroclisis:**
 - 5.1. Alimentación o fórmula indicada.
 - 5.2. Set para bomba de infusión enteral.
 - 5.3. Bomba de infusión para nutrición enteral.
 - 5.4. Soporte para soluciones.
6. Contenedores para depositar desechos, según normativa institucional.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Verificar los datos en la etiqueta de la alimentación por gastroclisis: 5.1 Nombre de la persona usuaria. 5.2 Número de cama. 5.3 Fecha de preparación. 5.4 Cantidad indicada. 5.5 Fecha de vencimiento. 5.6 Hora. 5.7 Velocidad de infusión (ml por hora).	Es una medida de seguridad.
5. Reunir el material, equipo y trasladar a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
6. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler o Fowler.	Es una medida de seguridad.
7. Realizar higiene de manos y colocar EPP.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
8. Confirmar la posición correcta de la sonda y compruebe su permeabilidad, según procedimiento ENF 067.	Medida de seguridad.
9. Comprobar la tolerancia de la alimentación en la persona. Verificar el residuo gástrico, ruidos intestinales y presencia de distensión abdominal. En caso de no presentar residuo gástrico, proceda iniciar la alimentación.	Ayuda a identificar la tolerancia a la alimentación
10. Iniciar la administración de la fórmula nutricional.	
11. Nutrición en bolos: 11.1. Retirar con la mano no dominante la tapa del	



<p>recipiente de la fórmula de nutrición.</p> <p>11.2. Sujetar con la mano no dominante la sonda y prensar para evitar la entrada de aire.</p> <p>11.2 Adaptar la jeringa asepto a la sonda y mantener en alto.</p> <p>11.3. Depositar con la mano dominante la nutrición en la jeringa asepto e introducir a libre drenaje.</p> <p>11.4. Administrar la totalidad de la nutrición y luego depositar agua para eliminar los restos de la nutrición en la sonda.</p> <p>11.5. Prensar la sonda, retirar la jeringa asepto y colocar la tapa a la sonda.</p> <p>11.6. Colocar la jeringa asepto dentro de la vasija de riñón.</p>	<p>La administración a gravedad favorece la tolerancia gástrica y debe durar entre 20-25 minutos, mínimo en personas adultas,</p> <p>Reduce el riesgo de obstrucción de la sonda.</p> <p>Reduce riesgo de introducir aire a la cámara gástrica y la salida de líquido.</p> <p>Reduce el riesgo de contaminación.</p>
<p>12. Gastroclísis:</p> <p>12.1 Colocar mascarilla.</p> <p>12.2 Realizar higiene de manos y colocar guantes.</p> <p>12.3. Realizar apertura del equipo para gastroclísis.</p> <p>12.4. Colocar la solución de nutrición en la bolsa contenedora.</p> <p>12.5. Colocar el set de infusión de acuerdo con el sistema operativo y modelo de la bomba enteral.</p> <p>12.6. Purgar la conexión con la solución.</p> <p>12.7. Lavar el sistema y la sonda con 30-50 cc de agua.</p> <p>12.8. Retirar la tapa del adaptador del set y ajustar a la sonda nasogástrica.</p> <p>12.9. Programar la bomba de infusión, con el volumen, frecuencia y dosis.</p> <p>12.10. Colocar tarjeta con los datos de identificación de la persona, el tipo de alimentación, frecuencia y hora.</p>	<p>Favorece el orden y la técnica en la ejecución del procedimiento.</p> <p>Previene obstrucciones del dispositivo enteral.</p> <p>Favorece el tiempo de control de administración de los alimentos.</p>
<p>13. Realizar el cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación.</p>
<p>14. Descartar los desechos según normativa.</p>	<p>Favorece un ambiente seguro.</p>
<p>15. Retirar el EPP y realizar el lavado de manos .</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.</p>
<p>16. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.</p>	<p>Evidencia el cumplimiento de la</p>



	indicación
17. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Utilizar la bolsa enteral como máximo por 24 horas, posterior a este tiempo se debe descartar. En caso de reutilizar la bolsa enteral, limpiarla colocando agua y se deja pasar a través de todo el sistema hacia la persona usuaria, para eliminar los residuos de la fórmula anterior, no se recomienda desadaptar el sistema, para reducir el riesgo de contaminación.
2. Permeabilizar la sonda previo a la alimentación por tomas, administrar agua (30-50 cc). En infusión continua irrigar la sonda cada 6 horas.¹⁵⁹
3. Cambiar el set de infusión y el equipo de alimentación, según normativa institucional.
4. Reducir el riesgo de bronco y microaspiración en la persona usuaria, colocar en posición semifowler de 40 a 45 grados durante y después de la alimentación (si no está contraindicado).
5. Evaluar diariamente el funcionamiento gastrointestinal mediando el volumen residual gástrico, escuchando los ruidos intestinales, observar la presencia de distensión abdominal y la presencia de eliminaciones instestinal.
6. Prover una buena higiene oral a la persona usuaria.
7. Considerar las normativas institucionales relacionadas con la administración y mantenimiento de la nutrición enteral.¹⁵⁹
8. Realizar en niños pequeños, la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda, si no hay contraindicación.



12. Recolección de muestras.

ENF 079. Recolección de muestra de orina y urocultivo.

Definición: es la recolección de orina en forma óptima para realizar estudios en el laboratorio.^{161, 162, 163, 164, 165, 166, 167}

Objetivo: recolectar una muestra de orina para realizar estudios en el laboratorio.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y/o estériles).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Frasco estéril proporcionado por el laboratorio para recoger la muestra (urocultivo).
 - 3.2 Bolsa de orina pediátrica o neonatal.
 - 3.3 Fórmula de solicitud de laboratorio.
 - 3.4 Etiqueta de identificación de laboratorio.
 - 3.5 Jabón antiséptico, agua y servilleta.
 - 3.6 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.7 Empaque para embalaje de la muestra.
 - 3.8 Vasija de riñón.
 - 3.9 Otros materiales PRN:
 - Campo estéril.
 - Cuadro de gasa.
 - Jeringa de 20 cc.
 - Pinza foerster.
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Bidé estéril o limpio según corresponda.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa.



Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud, verificar la indicación médica y confirmar los datos en la orden para laboratorio.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento y asegúrese de su comprensión de las instrucciones. ¹⁶³	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Preparar el equipo completo y etiquetar el recipiente de la muestra.	Evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
5. Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad, a la persona usuaria si está encamada o no deambula. Ayudar a trasladarse al servicio sanitario.	Se respeta los derechos de las personas usuarias.
6. Solicitar a la persona usuaria recoja la muestra de orina en el bidé.	Facilita la recolección de la muestra.
7. Valorar la dependencia de la persona usuaria y dar asistencia según corresponda.	Favorece la recolección óptima de la muestra
8. Colocar el EPP.	Medida de seguridad.
9. Realizar higiene de manos y colocar guantes.	Reduce el riesgo de contaminación de la muestra.
10. Realizar la higiene genital en personas usuarias dependientes, según procedimiento ENF 020.	Reduce el riesgo de contaminación de la muestra.
11. Solicitar a la persona usuaria miccionar en el bidé y aplicar la siguiente técnica: 11.1 Orientar para que deseche la primera parte de la micción y obtener sólo la parte media. 11.1.2 Recoger la orina en la vasija de riñon. 11.1.3 Trasladar la orina al frasco rotulado para laboratorio. Evitar que los dedos o ropas de la persona usuaria toquen la parte interna del frasco.	Favorece la recolección segura de la muestra.



<p>11.1.4 En niños pequeños colocar la bolsa de plástico especial, prevista de adhesivo para recoger la muestra de orina.</p> <p>11.1.5 Enviar la muestra a laboratorio en el empaque de embalaje.</p>	
<p>12. Recolectar muestra de orina para urocultivo:</p> <p>12.1 Orientar a la persona para que recoja la orina de la primera micción del día.</p> <p>12.2 Proporcionar jabón antiséptico y gasa estéril.</p> <p>12.3 Indicar que se lave los genitales y secar con la gasa estéril.</p> <p>12.4 Indicar deseche el primer “chorro” de la micción y recoja la parte media, para tomar la muestra en el frasco estéril (previa rotulación).</p> <p>12.5 Tapar el frasco estéril sin tocar la parte interior.</p> <p>12.6 Enviar la muestra a laboratorio en el empaque de embalaje o entregar al personal de Enfermería.</p>	<p>Favorece la recolección segura de la muestra.</p>
<p>13. Recolectar muestra de orina para urocultivo en niños:</p> <p>13.1 Orientar a la madre o cuidador del menor, para que recoja la orina.</p> <p>13.2 Proporcionar jabón antiséptico y gasa estéril.</p> <p>13.3 Indicarle que lave los genitales y secar con la gasa estéril.</p> <p>13.4 Proceder a colocar la bolsa estéril adhesiva alrededor de la zona genital del menor.</p> <p>13.5 Vaciar el contenido en el frasco estéril, sin tocar los bordes (previa rotulación).</p> <p>13.6 Enviar la muestra a laboratorio en el empaque de embalaje o entregar al personal de Enfermería.</p>	<p>Favorece la recolección segura de la muestra.</p>
<p>14. Recoger la muestra de orina o urocultivo en personas usuarias con imposibilidad, mediante sondaje:¹⁶⁷</p> <p>14.1 Realizar el procedimiento de colocación de sonda y recoger la muestra.</p> <p>14.2 Si la persona tiene el dispositivo, pinzar la sonda con la pinza foerster de 30 – 60 minutos.</p> <p>14.3 Considerar las características de la sonda vesical (puerto de acceso para la extracción).</p>	<p>Favorece la recolección segura de la muestra.</p>



- 14.4 Colocar guantes estériles.
- 14.4 Realizar desinfección del área de puerto de acceso.
- 14.5 Utilizar una jeringa para extraer la orina.
- 14.6 Depositar la orina en el frasco estéril.
- 14.7 Proceder de la siguiente forma en su ausencia del puerto de acceso:
 - 14.7.1 Colocar a la persona usuaria en posición supina si no está contraindicado.
 - 14.7.2 Colocar sábana movibles debajo de los glúteos.
 - 14.7.3 Realizar higiene de manos.
 - 14.7.4. Colocar la bata y guantes estéril.
 - 14.7.5 Colocar el campo estéril por debajo de la sonda, bajo el punto de conexión de la sonda y el tubo de drenaje.
 - 14.7.6 Ubicar una vasija riñón sobre el campo estéril.
 - 14.7.7 Tomar con la mano dominante un cuadro de gasa.
 - 14.7.8 Sujetar con la mano no dominante el antiséptico, descartar la primera porción y humedecer la gasa.
 - 14.7.9 Utilizar la gasa estéril con antiséptico, para limpiar el área de la unión entre la sonda y bolsa de drenaje de orina.
 - 14.7.10 Desaptar la unión entre la sonda y bolsa de drenaje de orina.
 - 14.7.11 Retirar la pinza de la sonda y drenar la cantidad necesaria de orina en la vasija de riñón estéril.
 - 14.7. 12 Pinzar la sonda nuevamente.
 - 14.7.13 Realizar cambio de bolsa de drenaje de orina.
 - 14.7.13 Despizar la sonda.
 - 14.7.14 Depositar la cantidad de orina en el recipiente estéril.
 - 14.7.15 Enviar la muestra a laboratorio en el empaque de embalaje.

15. Recolectar orina de 24 horas:

Fomenta la determinación diagnóstica



<p>15.1 Orientar a la persona usuaria a desechar la primera micción de la mañana.</p> <p>15.2 Indicar que debe continuar recolectando la orina en el recipiente para 24 horas (previa rotulacion) y mantenerlo cerca de la persona usuaria.</p> <p>15.3 Observar a la persona usuaria que continúe recolectando la orina, en caso contrario, debe iniciar una nueva recolección en un nuevo frasco.</p> <p>15.4 Concluir la recolección de la orina de 24 horas, el día siguiente a la misma hora y enviar a laboratorio, para su análisis, en el empaque de embalaje.</p>	<p>y la colaboración de la persona</p>
<p>16. Análisis de orina mediante tira reactiva:</p> <p>16.1 Solicitar a la persona recoger la muestra de orina en un riñón estéril.</p> <p>16.2 Introducir la tira reactiva en la vasija de riñón estéril que contiene la orina durante dos segundos.</p> <p>16.3 Extraer la tira reactiva de la vasija de riñón estéril, comprobar que esté completamente humedecida y elimine el exceso, golpeando suavemente sobre el borde del riñón, no limpiar ni secar.</p> <p>16.4 Esperar el tiempo necesario, indicado en las instrucciones del envase de las tira reactiva, con el propósito de realizar la lectura.</p> <p>16.5 Comparar el color de la tira reactiva con la tabla de colores del frasco del frasco y obtener el resultado a registrar.</p>	<p>Fomenta la determinación diagnóstica.</p>
<p>17. Valorar las características de la orina.</p>	<p>Detección oportuna de signos de alerta.</p>
<p>18. Dejar cómoda a la persona usuaria y la unidad en orden.</p>	<p>Se respeta los derechos de la persona.</p>
<p>19. Depositar los desechos según normativa.</p>	<p>Favorece un ambiente seguro.</p>
<p>20. Dar cuidado posterior al equipo.</p>	<p>Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.</p>



21. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
22. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
23. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia la ejecución del procedimiento.
24. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Limpiar los genitales de los niños y colocar otra bolsa de orina estéril, para la recolección de la muestra de urocultivo, si al cabo de más de una hora, no ha miccionado.¹⁶⁴
2. Enviar la muestra para urocultivo al laboratorio en un plazo de una hora y si no es posible, guardar en refrigeración un máximo de cuatro horas.¹⁶⁵
3. Siempre que sea posible tomar la muestra de orina para cultivo previo a iniciar antibióticos.
4. No se debe recoger la muestra de orina de la bolsa de drenaje.



ENF 080. Recolección de muestra de secreción bronquial con expectoración inducida y con trampa estéril.

Definición: es la recolección de una muestra de la secreción bronquial obtenida de la persona usuaria de manera espontánea, con expectoración inducida o ventilación mecánica invasiva. ^{168, 169}

Objetivo: obtener muestra no contaminada de la flora del tracto respiratorio superior.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata, guantes limpios y estériles).
3. Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Bandeja azafate.
5. Frasco estéril.
6. Solución fisiológica al 0.9 %
7. Solución Fisiológica al 4 molar.
8. Jeringa de 5 ml.
9. Nebulizador con mascarilla o pipeta.
10. Orden para laboratorio.
11. Servilleta.
12. Sistema de aspiración cerrado.
13. Fuente de oxígeno con flujómetro y tubos de conexión.
14. Bolsa de ventilación manual con reservorio
15. Trampa estéril (Lukens).
16. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Verificar la indicación médica.	Favorece la colaboración.
2. Realizar lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
3. Preparar el equipo, colocar sobre el azafate y llevarlo a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
4. Preparar el equipo para aspiración y verificar su funcionamiento.	Favorece la ejecución del procedimiento.



5. Identificar e informar a la persona usuaria.	Facilita la colaboración de la persona usuaria.
6. Colocar el EPP.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
7. Auscultar a la persona para verificar la presencia de secreciones en la vía aérea.	Detecta presencia de secreciones y valora la profundidad de la respiración.
8. Colocar a la persona usuaria en posición semifowler, si no está contraindicado.	Facilita la oxigenación de la persona usuaria
9. Brindar fisioterapia pulmonar a la persona, si no está contraindicado.	Ayuda a movilizar las secreciones bronquiales.
10. Realizar higiene las manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
11. Solicitar a la persona usuaria consciente que realice enjuague bucal con agua aproximadamente en cinco ocasiones.	Mantener una limpieza previa para la obtención de una muestra de secreciones.
12. Recolección de muestra con expectoración espontánea: 12.1 Colocar guantes limpios. 12.2 Retirar la tapa del frasco estéril. 12.3 Indicar a la persona usuaria que respire profundamente por la nariz, retenga el aire por unos segundos y luego proceda a toser fuertemente inclinando la cabeza hacia adelante para producir la expectoración. 12.4 Indicar a la persona que deposite el esputo en el frasco estéril. 12.5 Repetir el procedimiento las veces que sea necesario para obtener de 3 a 5 ml de secreción. 12.6 Ofrecer la servilleta a la persona usuaria para que limpie su boca. 12.7 Tapar el frasco con la muestra.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones Favorece la expectoración de secreciones Asegura que se obtenga la cantidad suficiente de muestra
13. Recolección de muestra con expectoración inducida: 13.1 Realizar limpieza de las vías respiratoria alta de la persona usuaria, antes de la primera nebulización y después de cada una de la misma, para minimiza la contaminación por secreciones nasales o saliva. 13.2 Instruir a la persona usuaria la forma de respirar al realizarle la nebulización: 13.2.1 Indicar a la persona que respire normalmente por la nariz, sostener el aire en los pulmones	Favorece la ejecución del procedimiento. Favorece la adecuada efectividad de la nebulización



<p>haciendo una pequeña pausa y exhalar el aire por la boca de manera lenta (labios entre abiertos).</p> <p>13.3 Colocar guantes limpios.</p> <p>13.4 Retirar la tapa del frasco estéril.</p> <p>13.5 Indicar a la persona usuaria que tosa fuerte y constante, para depositar el esputo en el frasco estéril.</p> <p>13.6 Repetir los pasos anteriores hasta obtener la muestra y si no es posible, continuar con la siguiente nebulización hasta completar procedimiento.</p> <p>13.7 Tapar el frasco previamente rotulado con los datos de la persona.</p> <p>13.8 Ofrecer la servilleta para limpiar la boca.</p>	<p>Favorece el reflejo de toser y facilita la expulsión de secreciones</p> <p>Asegura que se obtenga la cantidad suficiente de muestra</p>
<p>14. Muestra con trampa de estéril:</p> <p>14.1 Conectar la unidad de aspiración y ajustar el regulador de vacío entre 100 y 120 mmHg.</p> <p>14.2 Adaptar el sistema de aspiración cerrado a la conexión de la unidad de aspiración.</p> <p>14.4 Pre-oxigenar a la persona usuaria al menos durante 30 segundos a través de uno de los siguientes métodos:</p> <p>14.4.1 Pulsar el botón de verificación de hiperoxigenación sobre el respirador (con la mano no dominante o solicitar ayuda).</p> <p>14.4.2 Aumentar la fracción de oxígeno inspirado con (FiO₂) en el ventilador.</p> <p>14.4.3 Desconectar el respirador o el sistema de oxigenación del extremo del tubo endotraqueal o traqueostomía, fijar la bolsa de ventilación manual al tubo con la ayuda de otro funcionario y administrar de 5 a 6 ciclos respiratorios durante 30 segundos. Se debe fijar una válvula de PEEP a la bolsa de ventilación manual si la persona usuaria recibe un PEEP superior a 5 cm H₂O.</p> <p>14.5 Colocar guantes estériles.</p> <p>14.6 Emplear la mano no dominante, para remover los circuitos del ventilador o la abertura del aspirador y conectar la trampa estéril.</p> <p>14.7 Utilizar la mano dominante para conectar el sistema de aspiración cerrado a la trampa, mantener la esterilidad de la mano.</p>	<p>Favorece la ejecución del procedimiento.</p>



<p>14.8 Introducir la sonda de aspiración sin succión. Al llegar al tope (carina) retirar 1 cm e iniciar la aspiración.</p> <p>14.9 Verificar la obtención de la muestra en la trampa estéril, mientras se retira la sonda de aspiración con movimientos suaves y rotatorios.</p> <p>14.10 Retirar la trampa estéril.</p>	Identificar la muestra evita errores.
15. Rotular, con los datos de la persona usuaria, el frasco para recolectar esputo y enviar a laboratorio.	Es una medida de seguridad.
16. Dejar a la persona usuaria cómoda y confortable.	Se respeta los derechos de las personas
17. Descartar los desechos según normativa.	Disminuye la transmisión cruzada de microorganismos.
18. Dar cuidado posterior al equipo	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
19. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
20. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia


Cuadro No 4: Esquema de Nebulización Recomendado ¹⁶⁸

Nebulización	Solución Fisiológica al 0,9%	Cloruro de Sodio al 4 molar
1	3 cc	-
2	2 cc	1 cc
3	1 cc	2 cc
4	-	3 cc

Fuente: Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis.

Consideraciones:

1. El tiempo de permanencia de la sonda en la vía aérea debe ser como máximo de 15 segundos.
2. Aplicar la técnica aséptica médica y quirúrgica, en procedimientos invasivos, para prevenir infecciones.
3. Educar a la persona usuaria, para que realice una expectoración profunda, que proceda de los bronquios, evita la contaminación por secreción posnasal o saliva.
4. Utilizar la técnica de drenaje postural, para favorece la salida de secreciones.
5. Evitar agotar a la persona usuaria, permita que descanse a intervalos.
6. Evaluar el estado cardiorrespiratorio de la persona usuaria antes, durante y después del periodo de aspiración.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 302 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 081. Recolección de muestra de heces

Definición: es la recolección de muestra fecal para su estudio en el laboratorio.^{48,49,166.}

Objetivo: obtener una muestra de heces de la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Frasco para recoger la muestra.
 - 3.2 Fórmula de solicitud de laboratorio.
 - 3.3 Espátula o aplicador (limpio o estéril)
 - 3.4 Etiqueta de identificación de laboratorio.
 - 3.5 Jabón, agua y servilleta.
 - 3.6 Papel higiénico.
 - 3.6 Bolsa para embalaje
4. **Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:**
 - 4.1 Bidé.
5. Contenedores para depositar desechos, según normativa

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud, verificar la indicación médica y confirmar los datos en la orden para laboratorio.	Es una medida de seguridad.
2. Identificar e informar a la persona usuaria sobre el procedimiento.	Favorece la colaboración.
3. Realizar el lavado de manos y colocar EPP.	Disminuye la transmisión de



	microorganismos.
4. Preparar el equipo completo y etiquetar el recipiente de la muestra.	Evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
5. Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad a la persona usuaria, si está encamada o no deambula. Ayudar a trasladarse al servicio sanitario.	Se respeta los derechos de la persona usuaria.
6. Solicitar a la persona usuaria que defecue en el bidé.	Es una medida de seguridad.
7. Solicitar a la persona usuaria, recoger la muestra con la espátula. En caso contrario, lo hará el personal de Enfermería.	Fomenta el autocuidado.
8. Colocar los guantes y recolectar la muestra con la espátula.	Disminuye la contaminación.
9. Depositar la muestra en el frasco, cerrar herméticamente y depositar en la bolsa de embalaje.	Se obtiene una muestra óptima para su análisis.
10. Valorar características de las heces.	Favorece la detección oportuna de signos de alerta.
11. Ofrecer a la persona usuaria papel higiénico, para su respectiva limpieza y agua, jabón y servilletas para el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
12. Dejar cómoda a la persona usuaria y la unidad en orden.	Se respeta los derechos de la persona.
13. Descartar los desechos según normativa.	Favorece un ambiente libre de contaminación
14. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
15. Retirar los guantes y realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
16. Enviar la muestra de heces a laboratorio.	Se cumple con la indicación.
17. Retirar el EPP.	Disminuye la transmisión de microorganismos.




18. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
19. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. En el caso de niños, se puede recolectar la muestra de heces del pañal, evitando recoger las que estén en contacto con éste.
2. Evitar colocar crema en los glúteos, para la recolección de la muestra de heces, ya que puede interferir en el resultado.
3. Obtener muestra de heces que no estén en contacto con la orina.
4. Insertar el aplicador hasta pasar el esfínter anal, para recolectar la muestra de cultivo de heces.
5. Tomar muestra de los extremos y de la parte del centro de las heces sólidas.
6. Seleccionar muestra de heces de las áreas que aparecen con sangre, viscosidad o acuosas.
7. Recoger en días alternos, las muestras para estudios parasitológicos, se recomienda tres muestras seriales; una cada día.
8. Obtener la muestra de frotis de heces, utilizando artículos estériles como espátulas, aplicadores, frasco para muestra y bidé.
9. El enviar y transportar la muestra al servicio de microbiología, más pronto posible, ajustando los tiempos, con objeto de asegurar la supervivencia de los microorganismos de difícil crecimiento y evitar el sobre crecimiento de la flora normal.
10. Enviar la muestra al laboratorio siguiendo la normativa establecida.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 305 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

13. Otros procedimientos.

ENF 082. Colocación de diferentes tipos de vendajes.

Definición: consiste en aplicar una venda en alguna parte del cuerpo para proporcionar soporte, inmovilizar o efectuar una compresión.^{170, 171, 172}

Objetivo: aplicar un vendaje en alguna parte del cuerpo.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Solución alcohólica para la higiene de manos.
3. Azafate.
4. Algodón (opcional).
5. Venda de gasa y elástica.
6. Apósitos especiales (opcional).
7. Cinta adhesiva.
8. Férula (opcional).
9. Guantes.
10. Tijeras.
11. Contenedores para depositar desechos, según normativa

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Es una medida de seguridad.
2. Revisar el expediente de salud de la persona usuaria para dar seguimiento a las indicaciones médicas.	Favorece la calidad de atención.
3. Valorar el tipo de vendajes por utilizar.	Favorece la calidad de atención.



4. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
5. Preparar y trasladar el equipo en el azafate a la unidad de la persona usuaria.	Realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.
6. Proporcionar privacidad a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
7. Colocar a la persona usuaria en posición cómoda para efectuar el procedimiento.	Fomenta la colaboración de la persona.
8. Observar las características del área afectada e identificar los cuidados de enfermería que se requieren.	Favorece la planificación del cuidado y del equipo.
9. Realizar higiene de manos y colocar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Asegurar la posición correcta de la parte afectada, antes de colocar el vendaje indicado.	Medida terapéutica, de seguridad y comodidad.
11. Valorar el tipo de vendaje, que se colocará a la persona usuaria, puede ser: espiral, espiga, circular, en ocho, entre otros.	Favorece cumplir con el objetivo del vendaje.
12. Colocar algodón en forma de almohadilla sobre las prominencias óseas y las articulaciones antes de aplicar el vendaje.	Medida de Seguridad y comodidad.
13. Colocar la venda con el rollo hacia arriba en la mano no dominante y el extremo inicial en la mano dominante, de frente a la persona usuaria.	Favorece la ejecución del procedimiento.
14. Ubicar la venda sobre el área del cuerpo que la requiere; realizar dos vueltas de seguridad sobre el sitio, la dirección del vendaje se realiza del extremo distal al proximal y del medio al lateral. Cada vuelta debe ser cubierta con dos tercios de la anchura de la venda y aplicarla con presión firme y constante. Los apósitos deben cubrirse previamente con vendas y sobrepasar el borde al menos en 5 cm.	Favorece la correcta colocación de la venda.
15. Asegurar el vendaje con la cinta adhesiva.	Medida de Seguridad y comodidad.



16. Dejar a la persona usuaria en posición cómoda y la unidad en orden	Favorece el bienestar de la persona usuaria.
17. Instruir a la persona usuaria, según su patología sobre el autocuidado y mantenimiento del vendaje.	Favorece la colaboración.
18. Realizar el cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
19. Depositar los desechos, según normativa institucional.	Favorece ambiente limpio y seguro.
20. Retirar los guantes.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
21. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
22. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
23. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Tipos de vendajes

Circular o espiral: se usa para fijar el extremo inicial y final de una inmovilización o para fijar un apósito o una férula, Se dan dos vueltas de seguridad y se sigue girando el vendaje en igual dirección hacia la parte superior de la extremidad procurando que las vueltas queden de tamaño igual.

Espiga: se utiliza para ejercer presión en un área determinada (cohibir hemorragias). Se empieza como el vendaje circular, pero en vez de ir hacia arriba todo el tiempo, se intercala una vuelta hacia arriba y otra hacia abajo. Formar así una serie de “equis” conforme se avanza, procurar que la línea formada por los cruces quede recta para ejercer presión sobre esa zona.

De ocho: se utiliza en las articulaciones (tobillo, rodilla, hombro, codo, muñeca), pues permite tener una cierta movilidad. Se coloca la articulación ligeramente flexionada. Se dirige la venda de forma alternativa hacia arriba y después hacia abajo, de forma que en la parte posterior la venda siempre pase y se cruce en el centro de la articulación. El movimiento depende de que se desea evitar la zona en donde se colocará el cruce de la venda.



Cabestrillo: se utiliza para sostener la mano, brazo o antebrazo en caso de heridas, quemaduras, fracturas, esguinces y luxaciones. Se dan dos vueltas de seguridad en el brazo afectado y se coloca la venda hacia la mano y luego hacia el cuello de tal manera que el cuello cargue el peso de la extremidad. Colocar el antebrazo de la persona usuaria ligeramente oblicuo, es decir que la mano quede más alta respecto del codo.

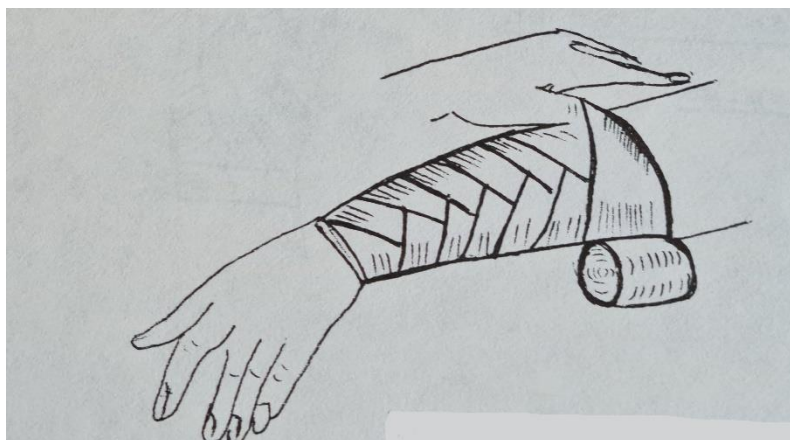
Vendaje para la cabeza o capelina: se inicia al efectuar dos vueltas circulares de seguridad en sentido horizontal alrededor de la cabeza. Después se dirige la venda por medio de dobleces los cuales envuelvan toda la bóveda craneal, se cubre, se dan dos vueltas horizontales para fijar todos los dobleces del vendaje (se realiza entre dos personas).

Para la inmovilización de alguna extremidad fracturada se puede utilizar almohadas, maderas, férulas, otra parte del cuerpo como la pierna u otro dedo, etc. Siempre y cuando impida el movimiento de la extremidad afectada.

Vendaje elástico: se utiliza con el fin de ejercer compresión progresiva de la parte distal a la proximal a nivel de las extremidades inferiores para favorecer el retorno venoso. Requiere estirar la venda en un 50 %, en el momento de la colocación y conforme se realiza el vendaje. La primera venda se coloca desde la base de los dedos del pie hasta la mitad de la pierna, la segunda venda continua desde este último sitio hasta debajo de la rodilla, termina el vendaje en forma de espiga.

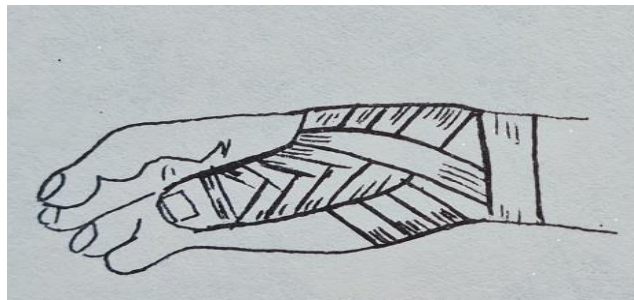
Vendaje Húmedo: conocido como “bota de UnnaDohme”, se utiliza para el tratamiento de úlceras varicosas, el cual puede mantenerse colocado por varios días según criterio médico.

Imagen No 14: vendaje del pulgar en espiral



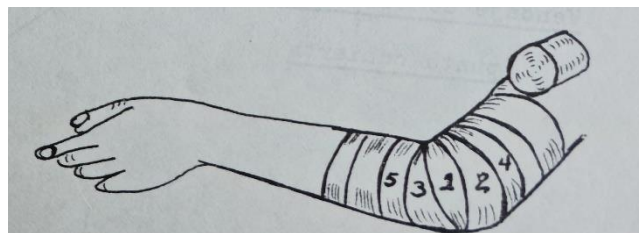
Fuente :CCSS

Imagen No15 : vendaje del pulgar en espiga



Fuente:CCSS

Imagen No 16 : vendaje de codo en ocho



Fuente: CCSS

Consideraciones: ¹⁷²

1. Realizar curación de acuerdo con procedimiento ENF 046, en presencia de heridas o laceraciones, previo a la aplicación del vendaje.
2. Reportar y aflojar el vendaje, ante la presencia de síntomas de frialdad, pérdida de color, edema, dificultad para respirar en vendajes torácicos y sensación de entumecimiento en la zona distal.
3. Considere, de ser posible, dejar expuestas las áreas distales de las falanges para detectar signos de alerta.
4. Retirar previamente, el vello excesivo.
5. Evitar iniciar o finalizar el vendaje sobre herida.
6. Consultar a la persona usuaria si se siente cómoda con el vendaje o está demasiado ajustado, especialmente cuando se aplica vendaje elástico.
7. Retirar el vendaje, con una tijera punta roma, en el caso de niños por seguridad está contraindicado el uso de este dispositivo.
8. Mantener seco el vendaje, si no es posible realice el cambio periódico.
9. Colocar la región o miembro por vendar en una posición funcional con las articulaciones levemente flexionadas.



ENF 083. Preparación de la persona usuaria en el periodo preoperatorio programado.

Definición: es el periodo de preparación de la persona usuaria que va a ser sometida a un procedimiento quirúrgico.^{48,49}

Objetivo: preparar a la persona usuaria física y psicológicamente de acuerdo con el requerimiento de la intervención quirúrgica, para disminuir el estado de estrés que genera al enfrentarse a una situación desconocida.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo.

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Formulario de consentimiento informado.
3. Equipos para medición de constantes vitales.
4. Pulsera de identificación.
5. Ropa verde.

Actividades de Enfermería	Justificación
El día anterior a la cirugía:	
1. Identificar el nombre de la persona usuaria en la lista de cirugías programadas.	Favorecer la atención segura.
2. Instruir a la persona usuaria sobre el procedimiento y aclarar sus dudas.	Favorece la colaboración y disminuye la incertidumbre.
3. Verificar con la persona usuaria, si es alérgica a algún medicamento, látex o la anestesia.	Favorece la atención en forma segura.



4. Verificar la disponibilidad de estudios radiológicos, exámenes preoperatorios, u otros y el tipo de cirugía programada.	Favorece la atención en forma segura.
5. Verificar que el formulario de consentimiento informado esté firmado.	Documento legal, donde se registra que recibió información oportuna sobre el procedimiento.
6. Verificar que la persona usuaria se mantenga, Nada Vía Oral (N.V.O.), según normativa.	Favorece la atención en forma segura.
7. Identificar y atender las necesidades emocionales y espirituales de la persona usuaria.	Establece una relación de humanización y empatía.
8. Proporcionar un ambiente de privacidad a la persona usuaria, durante los cuidados preoperatorios.	Establece una relación de humanización y empatía.
9. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Realizar la medición de signos vitales, peso, talla y observar el estado de la piel.	Favorece la atención en forma segura.
11. Revisar los reportes de requisitos preoperatorios: estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio (HB, TPT, EGO), EKG, disponibilidad del expediente anterior y hoja de admisión firmada.	Se cumple con el requisito administrativo para la cirugía y es una medida de seguridad.
12. Corroborar la solicitud de reserva de sangre.	Favorece la atención en forma segura.
13. Indicar a la persona usuaria que el día de la cirugía se retire la prótesis dental, audífonos, lentes, joyas, accesorios del cabello, y otros.	Favorece la atención en forma segura.
14. Revisar y cumplir con las indicaciones del médico.	Protege la intimidad de la persona usuaria y disminuye la aparición de eventos adverso
15. Colocar el rótulo de Nada Vía Oral (NVO) en la cama de la persona usuaria.	
16. Asegurar la disponibilidad del medicamento si se requiere administrar prequirúrgico.	Es una medida de seguridad.



17. Canalizar vía endovenosa, si se requiere, seguir el procedimiento ENF 065.	Asegura la continuidad de la atención.
18. Preparar el área quirúrgica de acuerdo con el tipo de cirugía programada, según indicación médica y normas establecidas.	Favorece la atención en forma segura.
19. Realizar los procedimientos adicionales, según indicación médica y normas establecidas, según el tipo de cirugía programada.	Favorece la atención de la persona usuaria en forma segura
20. Verificar que la persona usuaria tenga su brazalete con nombre, número de cama y servicio.	Favorece la atención en forma segura.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal
Día de la cirugía	
1. Verificar que la persona usuaria se encuentre en ayunas desde el día anterior.	Favorece la atención en forma segura.
2. Solicitar a la persona usuaria realizar un baño con jabón antiséptico, dando especial énfasis en el área de la cirugía.	Favorece la atención en forma segura.
3. Verificar que la persona usuaria se realizó el baño y colocar ropa limpia.	Favorece la atención en forma segura.
4. Revisar y chequear el formulario de requisitos preoperatorios.	Favorece la atención en forma segura.
5. Corroborar que el formulario del consentimiento informado esté firmado.	Documento médico, evidencia la aceptación del procedimiento.
6. Verificar que la persona usuaria se ha retirado prótesis dental, audífonos, lentes, joyas, adornos en el cabello y otros.	Favorece la atención en forma segura.
7. Corroborar que la persona usuaria cuente con su brazalete de identificación (con nombre, número de cama y servicio).	Favorece la atención en forma segura.



8. Realizar medición de signos vitales y comparar los parámetros obtenidos con los anteriores.	Se obtiene información del estado físico basal.
9. Colocar dispositivos según indicación médica.	Favorece la atención en forma segura
10. Instruir a la persona usuaria para que disponga sus pertenencias de valor en un lugar seguro.	El resguardo de las pertenencias disminuye el riesgo de pérdida y demandas legales
11. Solicitar a la persona usuaria que miccione (si su condición lo permite).	Favorece la comodidad de la persona.
12. Administrar medicamentos según indicación médica y valorar reacciones.	Favorece la atención en forma segura.
13. Registrar en el EDUS, la preparación realizada a la persona usuaria, los fármacos administrados, los parámetros de signos vitales, la preparación de la zona.	Favorece la atención de la persona usuaria en forma segura y oportuna
14. Adjuntar el sobre de radiografía al expediente de salud (si es necesario).	Favorece la atención en forma segura y oportuna.
15. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos
16. Colaborar con la persona usuaria para vestirse con la ropa verde 15 minutos antes de su traslado a la sala de operaciones. Asegurarse que no deambule.	Favorece la atención en forma segura y oportuna.
17. Verificar el retiro de la ropa interior.	Favorece la atención en forma segura y oportuna
18. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
19. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal
20. Trasladar a la persona usuaria a sala de operaciones en compañía del profesional de enfermería o auxiliar de enfermería.	Favorece la atención en forma segura y oportuna.



21. Entregar a la persona usuaria en sala de operaciones, indicar el nombre y dos apellidos, especialidad, servicio y preguntar el nombre del funcionario que lo recibe.	Favorece la atención en forma segura y oportuna.
22. Informar a la familia dónde permanecer mientras se realiza el procedimiento.	Favorece la colaboración de la familia.
23. Realizar la cama de anestesia según el procedimiento ENF 014.	Favorece una atención oportuna.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Administrar a la persona usuaria el tratamiento de uso crónico según indicación médica a las 5 a.m. con un máximo de 15 cc de agua.



ENF 084. Electrocardiografía

Definición: es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón a través de electrodos, colocados en la superficie corporal y conectados a un electrocardiógrafo. Se obtiene así 12 derivaciones, seis frontales y seis precordiales, que proporcionan información de distintos puntos del corazón.^{173, 174, 175,176}

Objetivo: registrar la actividad eléctrica del corazón.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. Electrocardiógrafo.
3. Cable con cuatro terminales de extremidades y seis torácicas.
4. Electrodos.
5. Papel milimetrado.
6. Alcohol o Gel conductor.
7. Torundas de algodón.
8. Servilletas de papel.
9. Tijeras o rasuradora.
10. Sábana movable.
11. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Corroborar el buen funcionamiento del equipo.	Asegura un procedimiento adecuado.
2. Informar a la persona usuaria del procedimiento.	Es una medida de seguridad.
3. Identificar y solicitar el consentimiento de la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
4. Proporcionar privacidad a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.



5. Solicitar el retiro de objetos metálicos que posea la persona usuaria.	Se garantiza la calidad de la prueba.
6. Realizar el lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
7. Solicitar a la persona usuaria, colocarse en posición supina, en la camilla o cama, si su condición lo permite o no existe contraindicación, lo más horizontal posible, dejar al descubierto el tórax, los brazos y tercio distal de las piernas. Colocar brazos al lado del cuerpo y abrir un poco las piernas.	Favorece la ejecución correcta del procedimiento.
8. Valorar el estado de la piel, limpiar con alcohol y secar la zona. Rasurar si hay exceso de vello, se debe contar con la aceptación de la persona usuaria.	El mantener limpia la piel mejora la conductividad eléctrica.
9. Cubrir el tórax con la sábana movable.	Medida para proteger el pudor.
10. Encender el electrocardiógrafo e introducir los datos de identificación de la persona usuaria.	Verificar que los datos correspondan al examen de la persona usuaria.
11. Aplicar la gel conductor, solución fisiológica o alcohol, en la piel de las extremidades que entrará en contacto con los electrodos.	Permite una mejor conductividad eléctrica.
12. Colocar los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y los tobillos de la persona usuaria.	Área anatómica adecuada para la ejecución del procedimiento.
13. Conectar cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente (el extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación): 13.1 Conectar el cable RA (rightarm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha. 13.2 Conectar el cable LA (leftarm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda. 13.3 Conectar el cable LL (leftleg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo. 13.4 Conectar el cable RL (rightleg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.	El contacto de la piel con la placa metálica favorece la transmisión de los impulsos eléctricos del corazón.



<p>14. Retirar la sábana movable y limpiar el tórax de la persona usuaria hasta aproximadamente el séptimo espacio intercostal. Limpiar con una gasa humedecida con alcohol las áreas donde se colocará posteriormente los electrodos torácicos.</p>	<p>Prepara el área para el procedimiento.</p>
<p>15. Aplicar la gel conductor en el electrodo y colocar cada uno de ellos en el área torácica correspondiente.</p>	<p>Permite una mejor conductividad eléctrica.</p>
<p>16. Colocar los electrodos en el tórax, de acuerdo con el siguiente orden, las derivaciones precordiales V1 a V6.</p> <p>V1. Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón.</p> <p>V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón.</p> <p>V3. En un lugar equidistante entre V2 y V4 (a mitad del camino de la línea que une ambas derivaciones).</p> <p>V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media clavicular.</p> <p>V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.</p> <p>V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.</p>	<p>El orden de los electrodos favorece el registro adecuado de los impulsos eléctricos del corazón.</p>
<p>17. Comunicar a la persona usuaria que se iniciará el registro y solicitarle que no se mueva ni hable y que respire normalmente.</p>	<p>Medida para reducir la interferencia y favorecer un registro adecuado.</p>
<p>18. Seleccionar la velocidad estándar (25 mm/segundo).</p>	<p>Favorece la ejecución correcta del procedimiento.</p>
<p>19. Calibrar la sensibilidad del registro (un milivoltio debe corresponder a 1 cm de altura, 10 mm/mv) o colocar en modo automático, calibrar o pulsar el botón “auto”, según el modelo del aparato.</p>	<p>Favorece la ejecución correcta del procedimiento.</p>
<p>20. Seleccionar y registrar las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas (tiempo óptimo para detectar posibles alteraciones del ritmo y de la conducción), se debe obtener 12 derivaciones.</p>	<p>Favorece el registro completo que proporciona el estudio.</p>



21. Observar la calidad del trazado, si no es adecuada, repita el procedimiento.	Favorece la confiabilidad del registro.
22. Finalizar el registro, apagar el aparato.	Favorece la conservación del equipo.
23. Retirar los electrodos y limpiar la piel de la persona usuaria. En caso de haber aplicado gel conductor, eliminar el exceso con toallas de papel, indicarle que se puede vestir.	Favorece la comodidad.
24. Dejar a la persona usuaria en una posición cómoda.	Favorece el bienestar de la persona usuaria.
25. Recoger y limpiar el material. Desconectar las clavijas y limpiar cada electrodo con una gasa humedecida con alcohol. Dejar los cables de los electrodos recogidos y ordenados.	Se evita la corrosión de las placas metálicas por las sales de la pasta conductora, lo cual favorece la conservación del equipo.
26. Verificar el trazado obtenido con el nombre de la persona usuaria, la fecha y la hora en la cual se realizó.	Evita la identificación errónea.
27. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
28. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Procurar que la persona esté lo más relajada posible y la temperatura de la habitación sea agradable (el temblor muscular puede interferir la señal eléctrica).
2. Colocar los electrodos, de manera que exista un buen contacto entre éstos y la piel, evitar colocarlos en prominencias óseas, articulaciones y zonas con vello abundante.
3. En personas con una extremidad amputada o lesión, situar el electrodo correspondiente a esa extremidad en el muñón. Si no hay muñón, colocar el electrodo en el tronco, lo más próximo posible a la extremidad amputada. Si la persona usuaria tiene una extremidad enyesada, colocar el electrodo sobre la zona de la piel más próxima al yeso.
4. Acompañar a la persona usuaria durante todo el procedimiento.
5. Reportar cualquier alteración de inmediato al médico y no retirar los electrodos.
6. Hacer constar en los registros, si la persona usuaria es portadora de marcapasos o desfibrilador.



ENF 085. Ventilación con bolsa válvula y mascarilla (BVM o bolsa de ambú).

Definición: es un dispositivo manual capaz de ventilar a presión positiva a una persona usuaria quien no está respirando o no respira adecuadamente. ^{48,177, 178}

Objetivos: proporcionar a la persona usuaria soporte ventilatorio de forma manual, cuando la ventilación espontánea es inadecuada o inexistente.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata y guantes limpios) .
3. Bolsa de ventilación manual (en neonatos con válvula de seguridad de sobrepresión).
4. Mascarilla de tamaño adecuado a la persona usuaria.
5. Conexión para oxígeno suplementario.
6. Reservorio para oxígeno (tubo corrugado o bolsa).
7. Regulador o flujómetro.
8. Fuente de oxígeno.
9. Válvula de presión positiva al final de la exhalación (PEEP) (opcional).
10. Cánula oro faríngea tamaño adecuado a la persona usuaria.
11. Manómetro de presión de vía aérea (opcional).
12. Estetoscopio.
13. Equipo de aspiración completo.
14. Contenedores para depositar desechos, según normativa

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Valorar la condición clínica de la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Identificar e informar a la persona usuaria y familia.	Favorece la colaboración.a.
3. Realizar lavado de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Preparar el equipo y llevar a la unidad de la persona usuaria.	Se realiza el trabajo con eficacia y eficiencia.



5. Preservar la intimidad de la persona usuaria.	Favorece la comodidad y seguridad.
6. Colocar el EPP y guantes limpios.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
7. Valorar la permeabilidad de la vía aérea de la persona usuaria. Retire prótesis dental y aspire en caso necesario.	Favorece la oxigenación adecuada de la persona.
8. Colocar a la persona usuaria en posición supina y retirar la cabecera de la cama.	Favorece la oxigenación adecuada de la persona.
9. Preparar el ventilador manual: adaptar la mascarilla y el reservorio, conectar a la fuente de oxígeno y comprobar su funcionamiento.	Favorece la ejecución del procedimiento.
10. Regular el flujo de oxígeno entre 10 y 15 litros por minuto para adultos.	Favorece la oxigenación de la persona usuaria.
11. Hiperextender el cuello de la persona usuaria si es adulto y si la condición lo permite.	Favorece la oxigenación de la persona usuaria.
12. Ventilación a la persona usuaria: 12.1 Persona no entubada: 12.1.1 Elegir el tamaño de mascarilla y fijar la bolsa. 12.1.2 Verificar el funcionamiento del equipo: acercarse a la mascarilla a la mano y percibir el flujo de gas que sale de ella. 12.1.3 Situarse de pie detrás de la cabeza de la persona usuaria. 12.1.4 Colocar la mascarilla, cubriendo la nariz, la boca y la punta de la barbilla. El extremo más estrecho de la mascarilla va sobre la nariz. 12.1.5 Sujetar la mascarilla firme con el dedo índice y el pulgar sobre la cara de la persona usuaria, formando una C y los otros tres dedos (medio, anular y meñique) a lo largo de la mandíbula, formando una E, para llevar la mandíbula arriba. En caso de ejecutar el procedimiento con dos funcionarios, uno de ellos mantiene la posición correcta y el otro suministra aire con la bolsa (cuando se sospecha de lesión cervical). 12.2 Persona usuaria entubada: 12.2.1 Ajustar la bolsa al conector o adaptador del tubo endotraqueal. 12.2.2 Sujetar con la mano el tubo para mantener en posición y con la otra mano comprimir la bolsa.	Favorece la eficacia y efectividad en la ejecución del procedimiento.




12.2.3 Insuflar aproximadamente la mitad de la capacidad del ambú resucitador. Seguir con un ritmo de insuflación según los protocolos establecidos.	
13. Valorar la simetría durante la elevación y descenso del tórax en cada ventilación.	Se asegura la eficacia y efectividad en la ejecución del procedimiento.
14. Observar la coloración de la piel y de los lechos ungueales de la persona usuaria.	Detecta signos de la calidad de oxigenación de la persona.
15. Verificar constantemente frecuencia y ritmo cardíacos, saturación de oxígeno y patrón respiratorio de la persona usuaria.	Se favorece la detección oportuna de complicaciones.
16. Aplicar la ventilación manual hasta tanto se decida el manejo definitivo de la vía aérea con otro dispositivo.	Se favorece la detección oportuna de complicaciones.
17. Dejar en la unidad de la persona usuaria la bolsa de ventilación manual, cubierta y rotulada, según la fecha de apertura.	Favorece la accesibilidad en caso necesario y previene la contaminación.
18. Verificar que la persona usuaria quede cómoda.	Se respeta los derechos de las personas.
19. Retirar el EPP y realizar lavado de manos.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
20. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.
21. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Conectar a una fuente de oxígeno la bolsa de reanimación.
2. Utilizar la frecuencia de ventilación manualmente recomendada en la guías de reanimación para esta población, en el caso de los niños. ¹⁷⁸

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 322 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 086. Asistencia para realizar paracentesis.

Definición: es la realización de una punción percutánea abdominal que permite evacuar líquido de la cavidad peritoneal.^{48,181,182,183, 184, 185,186,187, 188}

Objetivo: participar con el médico durante la realización de la paracentesis a la persona usuaria.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP. (lentes, mascarilla, bata estéril, guantes limpios y estéril.).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior.**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Campo estéril.
 - 3.3 Frasco de cultivo, para recoger muestra.
 - 3.4 Solución antiséptica.
 - 3.5 Anestésico, Lidocaína 2 %.
 - 3.6 Jeringas de 10 ml.
 - 3.7 Aguja No 18 y No 22.
 - 3.8 Catéter venoso de calibre 18 o 20.
 - 3.9 Llave de tres vías.
 - 3.10 Conexión y bolsa para drenaje.
 - 3.11 Gasas estériles.
 - 3.12 Solución alcohólica para la higiene de manos.
4. Contenedores para depositar desechos, según normativa

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración.
2. Verificar que el documento de consentimiento informado esté firmado por la persona usuaria. ¹⁸¹	Documento legal, donde se registra que recibió información oportuna sobre el procedimiento.



3. Preparar el material y equipo. ¹⁸²	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
4. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
5. Verificar que la persona usuaria miccione previo al procedimiento.	Disminuye el riesgo de eventos adversos.
6. Medir y registrar los signos vitales. ¹⁸³	Se obtiene información del estado físico basal de la persona usuaria.
7. Medir el perímetro abdominal. ¹⁸⁴	Permite controlar el dato previo al procedimiento para una comparación posterior.
8. Canalizar acceso venoso periférico, según procedimiento ENF 065.	Favorece la ejecución del procedimiento.
9. Colocar a la persona usuaria en posición decúbito supino, dejar descubierto el abdomen. ¹⁸⁵	Favorece la ejecución del procedimiento.
10. Realizar higiene de manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
11. Colocar el EPP (incluye la bata estéril).	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
12. Abrir el azafate con TAM y colocar el equipo.	Disminuye el riesgo de contaminación del equipo.
13. Proporcionar la solución antiséptica.	Disminuye el riesgo de contaminación.
14. Ofrecer el anestésico local.	Facilita la ejecución del procedimiento.
15. Ofrecer el campo estéril. ¹⁸⁶	Disminuye el riesgo de contaminación.
16. Proporcionar el material solicitado PRN.	Disminuye el riesgo de contaminación.
17. Mantener la observación de la persona usuaria.	Detecta complicaciones y eventos adversos.
18. Ofrecer el frasco para depositar la muestra del cultivo.	Disminuye el riesgo de contaminación.
19. Verificar la rotulación de la muestra y enviar a laboratorio.	Evita errores de identificación.
20. Cuantificar la cantidad de líquido drenado, según indicación médica. ¹⁸⁷	Evaluar características del líquido ascítico para evaluar posibles complicaciones.
21. Registrar la cantidad y valorar las características del líquido drenado.	Permite detectar signos y síntomas de complicaciones.
22. Realizar el cuidado al posterior al equipo.	Favorece el mantenimiento y conservación del equipo.



23. Realizar el lavado de manos y retirar el EPP.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
24. Instruir a la persona usuaria y familia, sobre los cuidados posteriores al procedimiento.	Ayuda a la persona usuaria en el autocuidado.
25. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
26. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:

1. Drenar el líquido ascítico en una sola sesión de 1 a 2 horas en persona usuaria adulta, así mismo no extraer más de 4 o 5 litros, pues puede causar descompensación hidrópica, confirmar estos criterios con el médico.
2. Observar durante la punción, si existe salida de aire, material fecaloide o sangrado, por sospecha de perforación de víscera o vasos sanguíneos.
3. Observar y reportar, signos de alerta, como fiebre, taquicardia, sudoración, sangrado, posterior a la punción.
4. Medir el perímetro abdominal, posterior al retiro de catéter para documentar la relación con el valor previo.¹⁸⁸

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 325 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

ENF 087. Diálisis peritoneal aguda (DPA).

Definición: es la administración de una solución dialítica hacia la cavidad peritoneal de manera segura para la persona usuaria como tratamiento sustitutivo de la función renal.^{189,190, 191}

Objetivo: realizar el intercambio de líquidos y solutos con un gradiente de menor a mayor concentración, para la extracción de líquidos y productos de desechos de vía renal en forma segura y eficaz.

Recurso humano requerido en las diferentes actividades del procedimiento

Para el desarrollo del procedimiento se requiere la participación de los diferentes integrantes del equipo de Enfermería, cada uno de ellos, según la asignación o delegación del profesional en Enfermería, realiza la tarea de acuerdo con la complejidad y el perfil ocupacional, por lo tanto es necesario el siguiente recurso:

- Profesional en Enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de pacientes.

Material y equipo:

1. Dispositivo electrónico con acceso al EDUS.
2. EPP (lentes, mascarilla, bata estéril).
3. **Carro para procedimientos que contenga en su parte superior:**
 - 3.1 Azafate estéril.
 - 3.2 Equipo de curación.
 - 3.3 Tijera estéril.
 - 3.4 Dos vasijas de riñón pequeño.
 - 3.5 Cuatro pares de guantes estériles.
 - 3.6 Torundas estériles.
 - 3.7 Gasas estériles.
 - 3.8 Conexiones para diálisis en caso de no contar con el sistema en “Y” (una llave de 3 vías, dos conexiones suero).
 - 3.9 Bolsa de drenaje de orina.
 - 3.10 Cuatro membranas oclusivas transparentes grandes.
 - 3.11 Cuatro campos estériles.
 - 3.12 Solución antiséptica.
 - 3.13 Agua estéril.
 - 3.15 Frasco de cultivo para recoger muestra de líquido peritoneal (opcional).
 - 3.16 Solución alcohólica para la higiene de manos.
 - 3.17 Solución peridial indicada.
 - 3.18 Cinta adhesiva (transpore o esparadrapo).



4. Carro para procedimientos que contenga en su parte inferior:

- 4.1 Recipiente graduado.
5. Soporte para soluciones.
6. Palangana o balde estéril en caso de ubicar la bolsa a nivel piso.
7. Contenedores para depositar desechos, según normativa.

Actividades de Enfermería	Justificación
1. Revisar el expediente de salud de la persona usuaria y verificar la indicación médica y el tipo de solución para la DPA.	Favorece la atención en forma oportuna.
2. Identificar e informar a la persona usuaria.	Favorece la colaboración y disminuye la incertidumbre en relación con el procedimiento.
3. Realizar el lavado de manos clínico.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
4. Preparar el material y equipo.	Realiza el trabajo con eficiencia y eficacia.
5. Colocar guantes limpios.	Medida de seguridad.
6. Consultar a la persona usuaria, si existe líquido previo en la cavidad abdominal y de ser así abrir la llave y drenar (personas con DPCA).	Favorece la ejecución del procedimiento.
7. Colocar el balde estéril sobre el piso.	Previene la contaminación de la bolsa de drenaje con el medio.
8. Medir la cantidad de líquido drenado	Se obtiene un dato exacto.
9. Retiro los guantes y realizar lavado de manos	Disminuye la transmisión de microorganismos.
10. Colocar EPP (bata, mascarilla y guantes esteriles).	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
11. Efectuar la apertura del azafate estéril, depositar el equipo de curación, tijera estéril, torundas, gasas, dos vasijas de riñon pequeños y los campos estériles.	Previene la contaminación del material con el medio externo.
12. Aflojar la tapa de la solución antiséptica.	Favorece la ejecución del procedimiento.
13. Realizar apertura de la bolsa de agua estéril.	Favorece la ejecución del procedimiento.
14. Realiza curación orificio de salida y desinfección mecánica del catéter, según procedimiento ENF 046.	Disminuye el riesgo de trasmisión de infecciones.
15. Colocar el catéter sobre un campo estéril.	



16. Introducir el extensor en la vasija de riñón con solución desinfectante por 1 minuto y secar, luego retire (personas con DPCA).	
17. Colocar un nuevo campo estéril.	
18. Retirar guantes y realice higiene de manos.	
19. Realizar apertura del empaque de la conexión de solución sistema en “Y” (llave de tres vías, dos conexiones de suero), bolsa de drenaje de orina.	
20. Realizar apertura del empaque de la bolsa de la solución peridial y deposite sobre el azafate.	Previene la contaminación del material con el medio externo.
21. Efectuar higiene de manos y colocar guantes estériles.	Disminuye el riesgo de transmisión de infecciones.
22. Introducir el medicamento en la solución peridial (si esta indicado). Colocar la bolsa de solución peridial en el soporte para soluciones.	Favorece la ejecución del procedimiento.
23. Realizar la adaptación de la parte distal de la conexión a la bolsa de drenaje de orina, sellar la unión con cinta adhesiva (transpore o esparadrapo).	
24. Purgar la conexión.	Previene la introducción de aire a la cavidad peritoneal.
25. Retirar los guantes, realizar higiene de manos y colocar guantes estériles.	Disminuye el riesgo de transmisión de infecciones.
26. Colocar un nuevo campo estéril y sobre él, proceda a adaptar la conexión en “Y” al cateter peritoneal, cúbralo con membrana oclusiva transparente, gasa estéril y campo de papel estéril.	Favorece la ejecución del procedimiento.
27. Pinzar la conexión para infusión.	Evita el paso del líquido.
28. Despinzar la conexión de infusión y dejar fluir la solución peridial a una velocidad moderada, para que ingrese al peritoneo de la persona.	Favorece la ejecución del procedimiento.
29. Cerrar la llave de la conexión, posterior a la conclusión de pasar la solución.	Evita se introduzca aire al sistema.
30. Esperar que la solución permanezca en el peritoneo, el tiempo, según indicación médica, para drenar la solución.	Favorece la efectividad de la terapia.
31. Abrir la llave de la conexión que va hacia la bolsa de drenaje.	Favorece la ejecución del procedimiento.



32. Colocar la bolsa de drenaje en el palangana o balde estéril para favorecer el drenaje de la cavidad peritoneal.	Favorece la ejecución del procedimiento.
33. Retirar guantes y realizar higiene de manos clínico.	Disminuye el riesgo de transmisión de infecciones.
34. Cerrar la llave de la conexión al concluir la salida del líquido del peritoneo (aproximadamente de 20 a 30 minutos o cuando el usuario indique sentir un cólico).	Reduce molestias locales.
35. Tomar muestra de líquido peritoneal de la bolsa de drenaje. (según indicación médica)	Favorece el seguimiento clínico de la persona.
36. Desadaptar la conexión del catéter peritoneal, al concluir el tratamiento y colocar el tapón sellador, cubrir con membrana oclusiva transparente a nivel distal.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
37. Fijar el catéter a la pared abdominal, cubrir con gasa estéril y membrana oclusiva transparente (personas con DPCA).	Reduce molestias locales y favorece la estabilidad del catéter.
38. Cuantificar el líquido drenado.	Obtiene un dato exacto y la toma de decisiones en relación con la atención de la persona usuaria.
39. Registrar en el formulario de control de excreta la diferencia entre la cantidad de líquido ingresado al peritoneo y lo excretado (arrastre de líquido peritoneal).	Favorece un control adecuado de líquidos y seguimiento de la terapia.
40. Descartar el líquido drenado.	Disposición de desechos según normativa.
41. Dar cuidado posterior al equipo.	Favorece la conservación del equipo.
42. Retirar el EPP.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
43. Realizar el lavado de manos.	Medida de seguridad para la prevención de infecciones.
44. Anotar en el registro del control de balances.	Favorece el seguimiento clínico de la persona.
45. Rotular la muestra con los datos de identificación de la persona usuaria y enviar a laboratorio.	Medida de seguridad en el manejo de muestras.
46. Registrar en el EDUS, el procedimiento realizado.	Evidencia el cumplimiento de la indicación.
47. Hacer la nota de Enfermería en el EDUS, según criterios de calidad.	Evidencia el cuidado de Enfermería realizado a la persona usuaria en el documento médico legal.

Fuente: elaboración propia

Consideraciones:



1. Medir y registrar los signos vitales pre y posterior al procedimiento.
2. Registrar las características del líquido peritoneal.
3. Mantener el área de inserción del catéter limpia y seca.
4. El mecanismo de recambio de bolsas y apertura del sistema varía según el tipo de diálisis. (intermitente, continua, automatizada etc) y de las recomendaciones del fabricante.
5. Aplicar la TAMQ durante la ejecución del procedimiento y reducir al mínimo la apertura del sistema.
6. Realizar sello en la unión del cateter y bolsa drenaje, para evitar desadaptaciones causando una infección (membrana oclusiva transparente, gasa, campo estéril).
7. Realizar baño en cama a la persona con sistema convencional de diálisis peritoneal.
8. Cambiar el sistema cada 48 horas.
9. Retirar catéter cuff, previa indicación médica.
10. Realizar referencia a las personas hospitalizadas, con cateter tunelizado una vez finalizado el tratamiento, para la colocación de nuevo extensor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 330 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Contacto para consultas

Las consultas deben ser dirigidas a la Coordinación Nacional de Enfermería. La dirección de correo es la siguiente: Coordinación Nacional de Enfermería, secenfer@ccss.sa.cr

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 331 de 346
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EN ENFERMERÍA	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.ARSDT.CNE.311014

Referencias

1. Martínez- Sahuquillo A, Echeverría-Ruiz de Vargas. Métodos de consenso. Uso Adecuado de la Evidencia en la Toma de Decisiones. «Método RAND/UCLA». Rehabilitación [Internet]. 2001. [Consultado 2018 ag 6]; 35 (6):388-392. Disponible en: file:///C:/Users/hcglocal.2101_1038605/Downloads/S0048712001732203.pdf.
2. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Ley Orgánica del Colegio de enfermeras y su reglamento 1959. [internet] 1989 [Consultado 2019 abr 28] Disponible en: <https://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/Ley7085.pdf>.
3. República de Costa Rica. Ley General de Control Interno (8292). [internet] 2006. [Consultado 2019 abr 28] Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49185&nValor3=52569&strTipM=TC.
4. Ris Soluciones. Importancia de los Manuales de Procedimientos en la Gestión Administrativa. [Internet] 2019. [Consultado 2019 mzo 20]. Disponible en: <http://rissolutions.com/importancia-de-los-manuales-de-procedimientos-en-la-gestion-administrativa/>
5. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina López OM. El Significado de cuidado de la Práctica Profesional de Enfermería. Aquichan [Internet]. 2009. [Consultado 2019 ag 6]; 9 (2)p. 127-134. [Consultado 2019 ag 6]. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf>.
6. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de procedimientos generales de Enfermería. [Internet] junio 2012. [consultado 2019 mzo 20]. Disponible en http://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
7. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario [Internet] 2019 [consultado 2019 mzo 23] Disponible en: <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=normativo>.
8. Sánchez- Nasario R. Técnica Asepsia y bioseguridad. [Internet] agosto 2010. [consultado 2019 my 15]. Disponible en : http://files.uladech.edu.pe/docente/32835247/TECNOLOGIA_CUIDADO/SESION_4/MATERIAL%20ASEPSIA%20BIOSEGURIDAD%20ACTUALIZADO.pdf.
9. Gemma-Mella A. Técnicas Asépticas. [Internet]. Hospital de Niños Roberto del Río, Chile. [consultado 2019 oct30]. Disponible en : <http://www.hrrio.cl/documentos/eLearningIIH/profesionales/tecnicaseptica.pdf>.
10. Hospital Santiago Oriente. Técnica Aséptica y sus componentes. [Internet] 2002. [consultado 2019 oct 30] Disponible en : <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/iih-normatecnicaasepticaysuscomponentes.pdf>.
11. Hospital Base Valdivia, Norma número 13 “Manejo de Material Estéril”



- [Internet] 2014. [consultado 2019 oct 30] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/95743643/Norma-13-Manejo-Material-Esteril>.
12. Hospital San Juan de Dios-CDT. Unidad de Calidad y Seguridad del paciente. Norma de Técnica Aséptica. [Internet] junio 2014. [consultado 2019 oct 30] . Disponible en: http://www.hsjd.cl/Intranet/Calidad/Infecciones%20Intrahospitalarias/Normas%20IAAS/Norma%20de%20Tecnica%20Aseptica_2.pdf.
 13. Rincón-Sánchez SR, García-Flores M. Manual de Enfermería Quirúrgico. [Internet] 2012. Hospital General México [Consultado 2019 oct 30] Disponible en: https://issuu.com/jhanetmezquita/docs/enfermera-quirurgica-manual-_r.
 14. OPS. Manual de esterilización para Centros de Salud. [Internet] 2008. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=HZAYHeJNo7UC&pg=PP1&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
 15. Román N, Rivas S. Enfermería Básica. Costa Rica. 1984.UNED.
 16. Hospital de Galdakao. Manual de Enfermería Quirúrgica. [Internet] 2003. [Consultado 2019 sep 4]. Pág. 97 Disponible en: https://www.academia.edu/37857243/Manual_de_enfermeria-quirurgica.
 17. Braum E. La técnica cerrada estéril y sus principios universales. [Internet] SF. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en : <https://www.monografias.com/trabajos86/tecnica-cerrada-quirurgica-principios-universales/tecnica-cerrada-quirurgica-principios-universales.shtml>.
 18. Piña N. Manejo de Material Estéril. [Internet]. [Consultado 2019 sept 14]. Disponible en : https://www.academia.edu/22450029/MANEJO_DE_MATERIAL_ESTERIL
 19. OMS. Precauciones Estándares en la Salud. Control de Infección. [Internet] octubre 2007. [Consultado 2019 oct 27]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/es/>
 20. OMS. Indicaciones para la Higiene de Manos. [Internet] octubre 2019. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/es/
 21. OMS. Higiene de las manos: ¿por qué, ¿cómo, ¿cuándo? [Internet] octubre 2019. [Consultado 2019 oct 4]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
 22. Moya-Vega V. Guía lavado de manos Clínico y Quirúrgico. [internet] Setiembre 2012. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/GUIA-LAVADO-MANO-CLINICO-Y-QUIRURGICO-FINAL-ABV.pdf>.
 23. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Procedimientos para la Atención del Recién Nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicios de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2013.[Consultado 2019 oct 4]: pp.13 - 14. Disponible en: file:///C:/Users/hcglocal.2101_1038605/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO FINAL02022014.pdf
 24. OMS. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud Resumen. [Internet] 2009. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en:



- http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf.
25. CCSS. Normas para el Manejo de desechos Peligroso en establecimientos de Salud. [internet] 13 Setiembre 2011. [Consultado 2019 oct 4].Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=7>.
 26. CEPIS/OPS- Guía para el manejo interno de residuos sólidos en centros de atención de salud. [internet] 1995. [Consultado 2019 oct 4].Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsars/e/fulltext/guia/guia.pdf>.
 27. CCSS. Norma Institucional para el Manejo de desechos Anatomopatológicos. [internet] 2011. [Consultado 2019 oct 4].Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=7>.
 28. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Tixtha LE, Papaqui-Hernández J.La comunicación enfermera paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol* [internet].2012(Mex) [Consultado 2019 oct 4]; 11(3)138-141 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfn eu/ene-2012/ene123d.pdf>.
 29. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Código de Ética Profesional. Cap. 4. [internet] 2009. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en :https://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/Codigo_Etica_Gaceta20090127.pdf
 30. Sánchez- García Z, Marrero- Rodríguez J N, Becerra-Peña O, Alvarado-Peruyero J C. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud: apuntes para una reflexión. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet].2003 [Consultado 2019 oct 28] ;19(5) Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012&Ing=es.
 31. Hospital Universitario Reina Sofía. Guía para la administración segura de Medicamentos. [internet] 2018. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2018/01/medicamentos-administracion-enfermeria.pdf>.
 32. OMS. Lanza una iniciativa Mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años. [internet] 29 de marzo 2017. Ginebra/Bonn. [consultado 2019 octubre 28]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>.
 33. González-Gil J, González-Benites J, Castro-López J. Guía Enfermera para una correcta administración de los medicamentos. [internet] SF. Editorial Bubok. [Consultado 2019 oct 28]. Disponible en: <http://files.biblioteca-uaca.webnode.es/200000504-6100062f42/GUIA-ENFERMERA-PARA-UNA-CORRECTA-ADMINISTRACION-DE-LOS-MEDICAMENTOS.pdf>
 34. Torres-Santiago M, Amarilis-Zárate G A, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [internet] Enero-Marzo 2011;8 (1) [Consultado 2019 oct 28]. Disponible en:<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a3.pdf>.
 35. OMS. [Internet] La alianza Mundial para la seguridad del Paciente. [Consultado 2019 oct 28]. Disponible en:<https://www.seguridaddelpaciente.es/>



- resources/documentos/III_Conferencia/23_oms_larizgoitia.pdf.
36. Hernández-Ledesma Y, Fernández-Camargo I, Henríquez Trujillo D, Lorenzo Nieves Y. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. [Internet] 2018. [Consultado 2019 oct 28]. Recuperado a partir de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
 37. República de Costa Rica. Ley 8239, Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privados y su Reglamento. MS. [Internet] 2005. [Consultado 2019 jul 19]; Disponible en :https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf.
 38. CCSS. Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención. BINASSS. [Internet]. 2016. [Consultado 2019 jul 19]; Disponible en:<https://www.binasss.sa.cr/protocolos/enfermeria1.pdf>.
 39. Ortega-Vargas C. Seguridad del Paciente, una Prioridad Nacional. Academia Mexicana de Cirugía [Internet] 2005. [Consultado 2019 jul 19]; Disponible en: <http://aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/herramientas/libros/seguridad-del-paciente.pdf>
 40. CCSS. Manual de procedimientos Atención del Recién Nacido con enfoque de cuidados centrados en el desarrollo y Familia. Escenario Hospitalario. Costa Rica. 2018
 41. Secretaria de Salud. Manual de Procedimientos. Egreso programado del paciente hospitalizado. [Internet] 2010. [Consultado 2019 jul 19]. Disponible en: http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/3-Ago-2010/MP_egreso_del_paciente_.pdf.
 42. Gobierno de Costa Rica. Ley 5476 Código de Familia. [Internet] 2018. [Consultado 2018 sept 19] Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=970.
 43. Gobierno de Costa Rica. Ley 63 Código Civil. [Internet] Julio 2012. [Consultado 2018 sept 19] Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=15437&nValor3=90115&strTipM=FN
 44. Fundación Hospital de Jove. Protocolo de arreglo de la cama (abierta, cerrada y quirúrgica). [Internet] abril 2014. [Consultado 2018 sept 19] Disponible en: <https://studylib.es/doc/4868192/protocolo-de-arreglo-de-la-cama>.
 45. Hospital Nacional de Niños. Manual de Procesos de Enfermería Pediátrica. Costa Rica 2007.
 46. Comité Infecciones Intrahospitalarias HNN. Procedimiento de limpieza de las incubadoras abierta. Costa Rica. 2017
 47. CCSS. Manual de Operación para el Procesamiento de Ropa Usada Hospitalaria en la Caja Costarricense de Seguro Social. [Internet] 2013. [Consultado 2018 jun 15]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=5>
 48. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. [internet] 2012. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=procedimientos>.



49. Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat. Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. [Internet] 2007. [Consultado 2018 ag 5] Disponible en: <http://marinabaixa.san.gva.es/documents/5423457/5493718/GUIA+DE+ACTUACION+DE+ENFERMERIA+MANUAL+PROCEDIMIENTOS.pdf>
50. Gutiérrez-De-Tejada G. Clases Fundamentos de Enfermería. [Internet] 2013. [Consultado 2019 nov 13]. Disponible en: www.calsesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/2013/02/manejo-de-material-esteril.html.
51. Hospital de Clínicas. Lavado de cabeza a paciente en cama. [Internet] (2011). División de Enfermería. Hospital De Clínicas. [Consultado 2019 abr 4] Disponible en: <https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/008lavado-de-cabeza-en-cama.pdf>.
52. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. [internet] 2012. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b2_higiene_ojos.pdf
53. Hospital de Clínicas. Procedimiento Higiene Bucal. División de Enfermería. [Internet] 2011. [Consultado 2018 ag 5] Disponible en: <http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/004higiene-bucal.pdf>.
54. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Colocación y Retirada de la cuña. [internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e3_coolocacion_retirada_cuna.pdf.
55. Chattás. Baño del recién Nacido Pretérmino. [Internet] 2010. [Consultado 2018 nov 6]. 56-59. Disponible en: http://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/Banio_recien_nacido.pdf.
56. Hospital Universitario 12 de octubre. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad. [Internet] 2007. [Consultado 2018 nov 6]. 56-59. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>.
57. Hospital universitario Gregorio Marañón. Cuidados del recién nacido. [Internet] 2010. [Consultado 2018 nov 6]. Disponible en: https://www.quironsalud.es/hospital-sur/es/ihan-iniciativa-humanizacion-asistencia-nacimiento-lactanci.ficheros/563708-Manual_cuidados_recien_nacido.pdf.
58. Celada-Cajal FJ. Cuidados Postmortem. Revista Páginas enferurg [Internet] 2012. [Consultado 2019 oct 4]. 4(13).Disponible en:<https://docplayer.es/31681530-Cuidados-postmortem-postmortem-care-francisco-jose-celada-cajal-1.html>
59. Castañeda-Narváez JL, Hernández-Orozco HG. Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. Acta Pediatr Mex. [Internet] 2016. 37(6):355-357. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n6/2395-8235-16-37-06-00355.pdf>.
60. OMS. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. Resumen. [Internet] 2009. [Consultado



- 2019 oct 4]. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf.
61. Lastra ML. Procedimiento para lavado de manos Hospital Vicente Corral Moscoso. 2015. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROCEDIMIENTO-PARA-LAVADO-DE-MANOS.pdf>
62. CCSS. Normas y Procedimientos institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales. [Internet 2007]. [Consultado 2019 oct 4]. Disponible en : www.ccss.sa.cr.
63. PAPELMATIC ¿cómo debe ser el lavado de manos quirúrgico? [Internet] . [Citado el 4 octubre del 2019]. Disponible en : <https://papelmatic.com/como-debe-ser-el-lavado-de-manos-quirurgico/>
64. OMS. Cinco momentos para la higiene de manos. [Internet] 2009. [Consultado 2019 ag 5 2019] Disponible en: <https://www.who.int/gpsc/5may/dental-care.pdf>.
65. OMS. Pasos para ponerse el equipo de protección personal (EPP), incluida la bata. [Internet] 2015. [Consultado 2019 nov23]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153536/WHO_HIS_SDS_2015.1_spa.pdf;jsessionid=F5812879F7C557C9BBEC1383349238A0?sequence=1
66. OMS. Pasos para quitarse el equipo de protección personal, incluida la bata. [Internet]2015. [Consultado 2019 nov 23]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153538/WHO_HIS_SDS_2015.3_spa.pdf?sequence=1.
67. OSAKIDETZA. Guía-Manual: uso adecuado de los guantes sanitarios. [Internet] 2017. [Consultado 2019 ag 5]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/Uso_adecuado_guantes_sanitarios.pdf
68. CCSS. Lineamientos para el Uso del Equipo de Protección Personal (EPP) en los diferentes escenarios de Enfermedad por Virus Ébola en los Servicios de Salud. [Internet]2014. [Consultado 2019 nov 23]. Disponible en: <https://medicos.sa.cr/web/documentos/EBOLA/Lineamiento%20EPP%20EVE%20final%203%2011%2014.pdf>.
69. CCSS. Secuencia para colocarse y retirarse el equipo de Protección Personal. Costa Rica. SF.
70. CDC. Secuencia para colocarse y retirarse el equipo de protección personal. [Internet]SF [Consultado 2019 nov 23]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/ppeposter1322.pdf>
71. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Cambios Posturales. [Internet] 2012. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf
72. Rialp-Cervera G. Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Medicina Intensiva [Internet] 2003. [Consultado 2019 nov 9]; 27 (7):p 441-487 . Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-efectos-del-decubito-prono-el-articulo-13051235>.
73. Messerole E, Peine P, Wittkopp S, John J. Marini, Richard K A. The Pragmatics



- of Prone Positioning. American Journal Of Respiratory and Critical Care Medicine [Internet] 2002. [Consultado 2019 nov 9]. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.2107005>.
74. Brann G, Alexander C, González R, Tarmey N. Prone Position Ventilation in Critical Care. Academic Department of Critical Care Queen Alexandra Hospital Portsmouth Sitio [Internet] 2016. [Consultado 2019 ag 20] Disponible en: [https://www.portsmouthicu.com/resources/2016-11-11-Prone-\(2016\)-Final.pdf](https://www.portsmouthicu.com/resources/2016-11-11-Prone-(2016)-Final.pdf)
75. Martins-Oliveira V, Martins-Piekala D, Nadalon-Deponti G, Cassiana-Rigo D, Daniela-Minossi S, Marcele-Chisté, et al. Safe prone checklist: construction and implementation of a tool for performing the prone maneuver. Intensive Care Unit, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS) [Internet] Brazil; 2016 [Consultado 2019 ag 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496747/pdf/rbti-29-02-0131.pdf>.
76. Barrantes-Morales F, Vargas-Bermudez Z. Guía de cuidados de enfermería para el decubito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo Asociado a COVID-10: Revisión Integrativa. Revista Medica de Costa Rica. 2020. 85 (629): p 62-71
77. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolo y procedimientos Generales de Enfermería. Movilización de pacientes con Grúa. [internet] 2012. [Consultado 2018 oct 25]. Disponible en : https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf
78. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolo y procedimientos Generales de Enfermería. Signos vitales. [Internet] 2010. [Consultado 2019 set 25]. Disponible en : https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1signos vitales.pdf
79. Secretaria de Salud. Manual de Procedimientos. Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas en el Adulto y Adulto Mayor. [Internet] 2002. [Consultado 2019 set 25]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>.
80. OMS. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Parte 3: Guías para la formación e instrucciones prácticas. Sección 4: Guía para las mediciones físicas (Step 2). Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2006. [Consultado 2019 sept 25]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf;jsessionid=2304D5A2E6B2BA85FF7FF4C7FF43CE8A?sequence=1.
81. Caja Costarricense del Seguro Social “Guía para la detección y Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial”. 3 ed. [Internet] 2009. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/hipertension.pdf>.
82. Muñoz-Retana C. Procedimientos para tomar la presión arterial. Geosalud. [Internet] 2018. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: www.geosalud.com/hipertension/procedimiento_ha.htm



83. Raja AS. Lesión Vascul ar periférica. En: Wall R M. Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice.9 ed. Philadelphia. Elsevier. c2018. p 435-440.
84. Craver-Hospital L, Garro Martínez J, Borrás-Sans M. Calcificación Vascul ar en diálisis peritoneal En: Montenegro-Martinez J,Correa-Roter R. Riella MC.Tratado de Diálisis peritoneal. 3 ed. España. Elsevier.2021. pag 394.
85. American College of Cardiology. Guía de 2016 de la AHA / ACC sobre el tratamiento de pacientes con enfermedad de las arterias periféricas de las extremidades inferiores: informe del Grupo de trabajo del American College of Cardiology / American Heart Association sobre las guías de práctica clínica. Circulación. Pudmed. [Internet]2017.[Consultado 2019 sept 25]; 135 (12): e726-e779 Disponible en:doi: 10.1161/CIR.0000000000000471.
86. U.S. Department of Health and Human Services.Técnicas de medición para la toma de peso y estatura. [Internet]sf[Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2016/07/ANEXO-N%C2%B0-19-T%C3%89CNICAS-DE-MEDICI%C3%93N-PARA-LA-TOMA-DE-PESO-Y-ESTATURA.pdf>
87. Hospital Universitario Central de Asturias. Procedimiento para la medición del perímetro abdominal. [Internet] 2011 [Consultado 2019 sept 25]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Medicion%20del%20perimetro%20abdominal.pdf
88. Inciensa. Manual de Procedimientos para la Medición de la Circunferencia Abdominal. [Internet] 2009. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/Manuales/medicion_abdominal.pdf.
89. Cárdenas-López C, Haua-Navarro K, Suverza-Fernández A, Perichart-Perera O. Mediciones antropométricas en el neonato. Medigraphic Artemisa [Internet]2005.[Consultado 2018 oct 30]; 62. p. 214-224. Disponible en: [de:https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053i.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053i.pdf).
90. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Cura de heridas quirúrgica y retirada de drenos. [internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h3_cura_retirada_suturas.pdf.
91. DuGas B M . Tratado de Enfermería Práctica. Conceptos, proceso y práctica. México:Editorial Interamericana; 1987.
92. ANEDIDIC. Procedimiento de cura en heridas quirúrgicas. Enfermería Dermatológica [Internet] 2011. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <http://anedidic.com/descargas/recomendaciones-anedidic/12/procedimiento-de-cura-en-heridas-quirurgicas.pdf>.
93. Hospital Universitario de Móstoles. Manual de Protocolos y Procedimientos en el Cuidado de las Heridas. [Internet] SF. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: de:http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_308.pdf.
94. Hospital Universitario Reina Sofía. Cura de heridas quirúrgicas y retirada de suturas. [Internet] 2010 [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en:



- de:https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h3_cura_retirada_suturas.pdf.
95. Hospital Universitario Central de Asturias. Retirada de suturas y/o agrafes. [Internet]. 2012 [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Retirada%20de%20suturas%20y%20o%20agrafes.pdf.
96. Revista Electrónica de Portales Médicos. Protocolo de Enfermería en la retirada de puntos en una herida quirúrgica. [Internet] 2017 [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/protocolo-de-enfermeria-retirada-puntos-herida-quirurgica/>
97. Universidad Industrial de Santander. Protocolo de retiro de Suturas. [Internet] 2018 [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/Protocolos/TUD.04.pdf>.
98. Manual de procedimientos de enfermería. Administración de Medicamentos. [Internet] SF. P. 92 [Consultado 2018 nov 11]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p5.pdf.
99. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Administración de medicamentos por vía rectal [internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt4_admon_medificacion_via_rectal.pdf
100. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Administración de medicamentos por vía intradérmica. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt6_admon_medificacion_intradermica.pdf
101. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Administración de medicamentos por vía Intradérmica. [Internet] 2013. [Consultado 2018 nov 11]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAdministraci%C3%B3n+por+v%C3%ADa+intrad%C3%A9rmica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital+Gregorio+Marañ%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382508&ssbinary=true>
102. Asociación española de Vacunología. Antisépticos previos a la vacunación. [Internet] 2009. Consultado 2018 nov 11]. Disponible en: <https://www.vacunas.org/antisepticos-previos-a-la-vacunacion/>.
103. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Administración de medicación Subcutánea. [internet] 2010. [Consultado 2018 nov 11]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt4_admon_medificacion_via_rectal.pdf



- mientos/procedimientos_2012/rt7_administracion_medicacion_via_subcutanea.pdf.
104. Ministerio de Salud. Norma Nacional de Vacunación. Costa Rica. [internet] 2013. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/vacunas-2/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>.
105. Forcada-Segarra JA. Guía Práctica de Administración de Vacunas para Enfermería. [Internet] 2017. Undergraf, Madrid [Consultado 2019 nov 11]. Disponible en: http://portalcecova.es/output/files/CECOVA_GuiaVacunasEnfermeria_DEFINITIVA.pdf.
106. Rioja Salud. Técnica de inyección de la insulina. [Internet] [Consultado 2019 nov 10]. Disponible en : <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogomultimedia/endocrinologia/tecnicadeinyeccion-de-la-insulina>.
107. Biblioteca virtual Murcia Salud. ¿Existe evidencia sobre cuál es el antiséptico de elección para la desinfección de la piel en la administración de medicación por vía intramuscular?[Internet]SF [Consultado 2019 nov 10]. Disponible en : <https://www.murciasalud.es/preevid/18418#>.
108. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Administración de medicación por vía intramuscular. [internet] 2010. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en : https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt12_admon_medicacion_intramuscular.pdf.
109. Morano M. Enfermería Práctica Cuidando de las personas. Inyectables. [internet] SF. [Consultado 2019 nov 6]. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/inyectables>.
110. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Administración de medicamentos por vía intravenosa. [internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt11_admon_medicacion_endovenosa.pdf.
111. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Fluidoterapia. [internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt15_fluidoterapia.pdf.
112. Caja Costarricense de Seguro Social. Instrucción de Trabajo: selección, Inserción, fijación, mantenimiento, lavado, y retiro de accesos vasculares periféricos cortos en los servicios de salud de la CCSS. Costa Rica. CCSS; 2020
113. Botella-Dorta C, Laguna M. Administración de medicamentos por vía nasal: las gotas nasales. [Internet] 2005. [Consultado 2018 nov 13]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaNasal/vianasal.pdf>.



114. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por vía nasal. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt9_admon_medificacion_via_nasal.pdf.
115. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por vía cutánea. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt2_admon_medificacion_cutanea.pdf.
116. Hospital Universitario Central de Asturias. Manual de Procedimientos de Enfermería. Administración medicación vía óptica. [Internet] 2013. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Administracion%20medicacion%20via%20otica.pdf.
117. Botella-Dorta C. Administración de Medicamentos por vía Oftálmica. Fiesterra. [Internet] 2011 [Consultado 2019 nov 6]. Disponible en: <https://www.fiesterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-medicamentos-por-via-oftalmica/>.
118. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por vía oftálmica. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt13_admon_medificacion_oftalmica.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt13_admon_medificacion Oftalmica.pdf)
119. Ortiz-Pérez S. Manual de Enfermería Oftalmológica. Hospital Clínico de Barcelona. [Internet] SF. [Consultado 2019 nov 6]. Disponible en: https://www.laboratorioshea.com/media/s/manual_de_enfermeria_texto_2.pdf
120. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por vía vaginal. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt5_admon_medificacion_via_vaginal.pdf.
121. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por Nebulización. [Internet] 2013. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/rt1_admon_mediam_nebulizacion.pdf
122. Jaramillo-Quijada A. Guía General para la Inhaloterapia en Pacientes con Ventilación Mecánica. Consejo de Salubridad General. Mexico [Internet] SF. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GuiaInhaloterapiaduranteVM.pdf>
123. Caja Costarricense del Seguro Social. Lineamientos para la conformación y



- funcionamiento de Clínica AIRE (Atención Integral Respiratorio Especializado) en cada Área de Salud y Hospitales de la CCSS de los Tres Niveles de Atención. Costa Rica.CCSS; 2018.
124. Marín- Sanchez F. Utilización de los nebulizadores en la práctica médica. Neumosur[Internet] 2004 [Consultado 2018 oct 30] ; 16(4), 275-279. Disponible en: <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/2004/NS2004.16.4.A07.pdf>
125. Gutiérrez-Noyola A, Druyet-Castillo D, Ruiz Suárez LO. Asistencia respiratoria. Consideraciones a tener en cuenta. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet] 2003 [Consultado 2018 oct 30]; 19(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600007&lng=es&tlng=es.
126. Fernández-Ayuso R , Fernández-Ayuso D. Actualización en oxigenoterapia para enfermería. Difusión Avances de Enfermería [Internet] 2007. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/ENFERMERIA%20TECNICAS/Actualizacion%20en%20Oxigenoterapia%20para%20Enfermeria%202007.pdf>
127. Rodríguez-Tello J, Madrid Clemente EM, Roldán-Chicano MT, Meroño-Rivera MD. Protocolo de enfermería para la administración de medicación inhalatoria y nebulizaciones. ICUE. [Internet] 2016 [Consultado 2020 dic 10] ;1(3):2-16.Disponible en: <https://www.revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/43/pdf>
128. Hospital Universitario Reina Sofia: Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Administración de medicación por vía inhalatoria. [Internet] 2010. [Consultado 2018 oct 30]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt3_adminon_medicacion_via_inhalatoria.pdf
129. García-Gavilán EA, Gavilán-López A, Gavilán-López MA.. Enfermería en los cuidados de los drenajes quirúrgicos. Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet] España:Andaluz; 2017. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-drenajes-quirurgicos/>
130. Hospital Universitario Central Asturias. Drenajes abdominales tipos y cuidados. [Internet] 2011. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/DRENAJES%20ABDOMINALES.pdf
131. Ciccioli F y Do-Pico JL.. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Rel1-19. ated Infections.Cap Enfermeria Crítica. CDC [Internet] 2011. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/infectologia/Recomendaciones%20CDC%20cateteres%202011%20traducida%20Fabiana.pdf>
132. Hospital Universitario Río Hortega. Guía de buenas prácticas en el cuidado de acceso vascular. HURH. [Internet] 2019. [Consultado 2019 oct 30]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2019.ficheros/1519370-Gu%C3%ADa%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20cuidados%20del%20acceso%20vascular.pdf>



133. Complejo Universitario Albacete. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. [Internet] 2008. [Consultado 2020 nov 6]. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf.
134. Torres-Muñoz R, Marín Navarro L, Gallego-Sánchez JC. Cuidados de Enfermería en los Accesos Vasculares:Guía de Recomendaciones. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. [Internet] 2018. [Consultado 2019 nov 8]. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/Calidad_y_Seguridad_2016/Cuidados_enfermeria_accesos_vasculares.pdf.
135. Hospital Universitario Reina Sofía: Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidado y Mantenimiento de catéteres Periféricos. [Internet] 2010. [Consultado 2019 nov 8].Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h4_cuidadomto_cateter_periferico.pdf
136. Mora Quirós S. ¿Cómo colocar una sonda nasogástrica? San Jose Costa Rica: UCR; 2012.
137. Wiki how. Cómo colocar una sonda nasogástrica.[Internet] SF. [Consultado 2019 nov 8] Disponible en : <https://es.wikihow.com/colocar-una-sonda-nasog%C3%A1strica>.
138. Plazas L. Enfermería Buenos aires. ¿Cómo colocar una sonda nasogástrica? [Internet] Buenos Aires. Lorena Plazas.07/10/2019[Citado 7 de noviembre del 2019]. Disponible en : <https://enfermeriabuenosaires.com/como-colocar-una-sonda-nasogastrica>
139. Martín-Morano M D. Enfermería Practica: cuidado de las personas. Sondaje nasogástrico [Internet] España: Maria Dolores Martin Morano.2014.[Cosultado 2019 nov]. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-nasogastrico>.
140. Larrañaga-Gómez. Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje nasogástrico. Trabajo fin de grado. Universidad de la Rioja [Internet] 2016. [Consultado 2019 nov7]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002075.pdf.
141. Fundacion Hospital de Jove. Protocolo Sondaje Nasogástrico. [Internet] 2014. [Consultado 2019 nov7]. Recuperado a partir de: https://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728577.pdf
142. Botella-Dorta C. El sondaje nasogástrico. Fiesterra. [Internet] 2004. [Consultado 2019 nov7]. Disponible en : <https://www.fisterra.com/material/tecnicas/sng/sng.pdf>.
143. Hospital Universitario Reina Sofía: Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Sonda Nasogástrica y gastrostomía: inserción, mantenimiento y retirada. [Internet] 2011. [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en : https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h8_insercion_sondas_nasogastrica.pdf.
144. Martín-Martín M. El lavado gástrico en el neonato [Internet] [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7>



- e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/8DD67C1D-3155-4A1F-8774-896BCEBAD1D0/1114f913-ec90-4c7f-8a8c-caa083237998/3.-
LAVADOGASTRICOENE.pdf
145. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Inserción y mantenimiento de la sonda vesical [Internet] 2010. [Consultado 2019 nov7]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e10_retirada_sonda-vesical.pdf
146. Hospital General Universitario Gregorio Marañón Sondaje vesical [Internet] 2012 [Consultado 2019 nov7]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4756748/1.-objetivo-2.--definici%C3%B3n-3>.
147. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Procedimientos Generales. Inserción, cuidados, mantenimiento y retirada de sonda vesical [Internet] 2012.[Consultado 2019 nov 14]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
148. Hospital Nacional de Niños. Guía de Práctica Clínica para la Colocación y el Mantenimiento de la Sonda Urinarias. Costa Rica. HNÑ; 2013.
149. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Retirada de la sonda vesical. [Internet] 2010. [Consultado 2019 nov 14]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf
150. Reyero MR. Lavado vesical continuo. Gerencia del área de salud de Plasencia [Internet] 2010 [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711096.pdf>.
151. Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda CMN siglo XXI. Manual de Procedimientos Generales del Departamento de Enfermería. Procedimiento enema evacuante. Mexico. Instituto Mexicano del Seguro Social;2000.
152. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Colocación de una sonda rectal.[Internet] 2012 [Consultado 2019 nov7]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e7_colocacion_sonda_rectal.pdf.
153. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidado del paciente con cánula de traqueostomía. [Internet] [Consultado 2019 nov7]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf.
154. Hospital Universitario Reina Sofía Manual de Protocolos y Procedimientos



- Generales de Enfermería. Aspiración de secreciones orofaríngeas y traqueales. [Internet] 2010. [Consultado 2019 nov 16]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d3_aspiracion_secreciones.pdf.
155. Olmeda M I. Técnicas de aspiración por tubo endotraqueal. Revista de Enfermería. [Internet] SF.[Consultado 2019 nov 16]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20aspiraci%C3%B3n%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>.
156. Gutiérrez A, Druyet D, Ruiz L. Asistencia respiratoria. Consideraciones a tener en cuenta. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet]2003 [Consultado 2019 nov 16]; 19(6).Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000600007&lng=es&tlng=es
157. Asociación Americana de Cuidados Respiratorios. Guías Clínicas Prácticas de la AARC. Succión endotraqueal de los pacientes ventilados mecánicamente con vía aérea artificial. Respiratory Care [Internet] 2010. [Consultado 2019 nov 16]; 55(6): 758 –764. <http://medicina-intensiva.cl/divisiones/kinesiologia/imagenes/stories/docs/guiaAARC.pdf>
158. Hospital Los Andes. Programa de alimentación asistida. [Internet] mayo 2014 [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en : <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFPbnxjYWxpZGFkaG9zbGF8Z3g6MTg3OTdjMWU3MDY2ZmE5ZA>
159. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Alimentación por sonda nasogástrica y gastrostomía. [Internet]2010. [Consultado 2019 nov 16]. Disponible en : https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c1_alimentacion_sonda_nasogastrica.pdf
160. Caja Costarricense Seguro Social. Manual de Procedimientos de Unidad de soporte Nutricional. Costa Rica. 2012.
161. Junta de Andalucía. Manual de Obtención y Manejo de muestras para el Laboratorio Clínico. [Internet] Sevilla; 2009. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en : [dehttp://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=365](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=365)
162. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Obtención de muestras de Orina. [Internet] 2011. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd7_obtencion_muestras_orina.pdf
163. Complejo Hospitalario de Jaén: Procedimientos y Protocolos Generales de Enfermería. Métodos Diagnósticos. Recogida de muestras de orina para urinocultivo. [Internet]SF. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1367236770.pdf>.
164. Fernández-Urrusuno R. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área



- Aljarafe.3ed. [Internet]Sevilla; 2018. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Anti_microbianos_Aljarafe_2018.pdf.
165. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Obtención de muestras de orina. [Internet] 2011 [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandalusdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeriaprocedimientos_2012/rde7/obtención_muestra.
166. Hospital Regional Rancagua. Manual Toma de Muestra Microbiológica. [Internet] 2011 [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: www.C:/Users/hnn/Downloads/Manual%20Toma%20de%20Muestras%20Microbiologia.%20Hospital%20de%20Rancagua.%202011.pdf
167. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. AEMPS. [Internet] Madrid; 2018. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>.
168. Ministerio de Salud, CCSS, INCIENSA. Norma para la Vigilancia y el Control de la Tuberculosis. Costa Rica;2020 [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/3324-norma-para-la-vigilancia-y-control-de-la-tuberculosis-2015/file>
169. Elsevier Health Solutions. Aspiración por sonda endotraqueal y de traqueostomía. 2020. [Consultado 2019 nov 20]. Disponible en: https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0009/1008756/Aspiracion-por-sonda-endotraqueal-y-de-traqueotomia_090420.pdf.
170. Unión de trabajadores de Farmacia. Tipos de vendajes. [Internet] Alicante;2019. [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <https://www.utfalicante.com/blog/tipos-de-vendajes-10.html>.
171. Falcón-Hernández A, Águila-Trujillo. Vendajes, Inmovilización y traslado de pacientes En: Reyes J,editor. Manual para la instrucción del socorrista. La Habana: ECIMED, 2010. P. 69-75 [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: https://www.academia.edu/4351723/VENDAJES_INMOVILIZACION_Y TRASLADO_DE_PACIENTES_Introduccion
172. Martín Morano. Enfermería Práctica. Cuidado de las personas. Vendajes [Internet] España [Actualizado 2019 nov 2019]. [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/vendajes>.
173. López-Flores L, Hernández-Morales S, García-Merino RM, Flores-Montes I. Enfermería en la toma de electrocardiograma. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet] Mexico. 2014 [Consultado 2019 nov 15]. 22 (2): 78-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142f.pdf>.
174. Fundación Española del Corazón. [Internet] España 2019 [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en: file:///C:/Users/hcglocal.2101_1038605/Downloads/Electrocardiograma.pdf



175. Protocolos de enfermería. Electrocardiograma. [Internet] SF [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/7/711091.pdf>.
176. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Realización de Electrocardiograma. [Internet] 2011. [Consultado nov 14]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DRealizaci%C3%B3n+de+electrocardiograma.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449722&ssbinary=true>
177. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Ventilación con bolsa –válvula (BVM) RT-20. [Internet] 2011. [Consultado 2019 nov 14]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt20_ventilacion_bolsa_valvula_mascarilla.pdf
178. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Actualización en reanimación cardiopulmonar neonatal. Arch Argent Pediatr [Internet] 2018 [Consultado 2019 nov 14]; 116 (3): 59-70. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consenso/s/consensos_actualizacion-en-reanimacion-cardiopulmonar-neonatal-95.pdf.
179. Glass RM, Zeller J. Paracentesis Abdominal. La revista American Medical Association. [internet] 2008 [Consultado 2019 nov15]. Disponible en: <file:///C:/Users/Gerardo/Downloads/pdfpat031208.pdf>.
180. Martín-Morano M. Paracentesis. Enfermería Práctica. [Internet] 2014. [Consultado 2019 noviembre 13]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041220007.pdf>
181. Cañete R, Brito K, Guilhem D. Actualización en Consentimiento Informado. Acta Bioética [internet] 2012. [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n1/e1407/es/>
182. Carreras M P, Castellano G. Paracentesis Evacuadora Realizada por Profesionales de Atención Primaria. ELSEVIER. [internet] 2012. [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-paracentesis-evacuadora-domiciliaria-14737>
183. Baltazar-Chacón O, Choque-Campero A. Revista Científica Ciencia Médica [internet] 2010. [Consultado 2019 nov 15]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041220007.pdf>.
184. Carvajal C, Contreras P, Bresky G. Evaluación de la Realización de Paracentesis en pacientes ingresados a Medicina Interna. Revista de Gastroenterología del Perú. [Internet] 2014. [Consultado 2019 nov 13]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292014000200004&script=sci_abstract.



185. Zapata R, Fava M. Treatment of refractory ascites. Revista Médica de Chile [Internet] 1999. [Consultado 2019 nov 13]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98871999001000011&lng=en&nrm=iso
186. Insuasty M, Restrepo-Gutiérrez J. Paracentesis Evacuante en Pacientes con Ascitis a Tensión.[Internet] 2010. [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en: [de:https://www.researchgate.net/publication/260768265_Therapeutic_paracentesis_in_cirrhotic_patients_A_review](https://www.researchgate.net/publication/260768265_Therapeutic_paracentesis_in_cirrhotic_patients_A_review)
187. Pontificia Universidad Javeriana. Paracentesis: datos sobre la correcta utilización. Universitas Médicas [Internet] 2018. [Consultado 2019 nov 7]. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20\(2018-I\)/231054404008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20(2018-I)/231054404008/).
188. Martín-Morano M. Enfermería Práctica Paracentesis. [internet] 2014. [Consultado 2019 noviembre 7]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041220007.pdf>
189. Coronel-Díaz F, Macía-Heras M. Indicaciones y Modalidades de Diálisis peritoneal. Nefrología al Día [internet] 2018; [Consultado 2019 nov 20]. p. 581-585 Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-pdf-indicaciones-modalidades-dialisis-peritoneal-52>.
190. Montenegro J, Correa-Roter R, Riella M. Tratado de diálisis Peritoneal. Elsevier [Internet] 2009.[Consultado 2019 dic 15]. Disponible en: file:///C:/Users/hcglocal.2101_1038605/Downloads/tratado-de-dialisis-peritoneal_booksmedicos-org.pdf.
191. Ponce-GD, Riella CM, Baldi AL. La diálisis peritoneal en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda En: Montenegro-Martinez J,Correa Roter R,Riella C M.Tratado de Diálisis peritoneal. 3 ed. Elsevier; 2021 p 515-523. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.binass.idm.oclc.org/#!/browse/book/3-s2.0-C20180050161>.
192. Salud Madrid. Prevención y Control de Infección Nosocomial. Comunidad de Madrid. [internet]Boston; 2007. [Consultado 2019 dic 15]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuiaBPC-+Infecci%C3%B3n+Nosocomial+5+mayo+2009.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220487126351&ssbinary=true>
193. García García RM. Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material. Editoreal Síntesis [internet] España;2016. [Consultado 2020 dic 7]. Disponible en <https://www.sintesis.com/data/indices/9788490773390.pdf>