



UNIVERSITARIO
RUMIÑAHUI

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA CUIDADOS AMBULATORIOS

- + Un Modelo Centrado en el Paciente para la Atención Ambulatoria
- + El Desafío de la Adaptación
- + Protocolos Prácticos, Resultados Significativos
- + Un Recurso Invaluable

Protocolos de Enfermería: *Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios*

Dewis Esqueila Brice Hernández

Mario Oswaldo Garzón Páramo

Cristhian Andrés Sánchez Valladolid

Byron Javier Ponce Imbaquingo

Janet Alexandra Almeida Factos

Camila Isabel Morocho Lala

Protocolos de Enfermería: Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios

Dewis Esqueila Brice Hernández, Mario Oswaldo Garzón Páramo, Cristhian Andrés Sánchez Valladolid, Byron Javier Ponce Imbaquingo, Janet Alexandra Almeida Factos, Camila Isabel Morocho Lala - **Autores**
Instituto Tecnológico Superior Universitario Rumiñahui

ISBN 978-9942-8894-3-0 (digital)

Recepción: Noviembre de 2023

Evaluación de propuesta de obra: Diciembre de 2023

Evaluación de contenidos: Enero de 2024

Aprobación: Abril de 2024

Este libro ha sido evaluado por pares ciegos, cumpliendo con los criterios de selectividad, temporalidad, normalidad y disponibilidad propuestos por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CACES.

Preparación editorial

GDEON Editorial

Miguel Botto-Tobar, Coordinador de publicaciones

Angela Díaz Cadena, Gerente

<https://books.gdeon.org>

Cdla Los Laureles - Km 6 vía a Montalvo, Babahoyo - Ecuador

Editado en Ecuador

2024



*Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0.
Licencia Pública Internacional » CC BY-NC-ND 4.0*

Usted es libre de: **Compartir** » copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Bajo las siguientes condiciones: **Atribución** » Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. **No Comercial** » No puede utilizar el material para una finalidad comercial. **Sin Obra Derivada** » Si transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Prólogo | 13 |
| Introducción..... | 15 |
| Capítulo 1. | 19 |
| Protocolo de Administración de Medicamentos por Vías Enterales y Parenterales..... | 19 |
| Introducción | 21 |
| Objetivo | 21 |
| Objetivo General | 21 |
| Objetivos Específicos..... | 21 |
| Alcance..... | 21 |
| Responsables | 22 |
| Campo de Aplicación | 22 |
| Normas y Disposiciones Generales | 22 |
| Base Legal..... | 22 |
| Definiciones..... | 22 |
| Desarrollo del Protocolo | 23 |
| Normas en la Preparación de Medicamentos | 23 |
| Principios en la Administración de Medicamentos..... | 24 |
| Procedimiento para la Aplicación de Prácticas Seguras en la Administración de Medicamentos..... | 25 |
| Para una Administración Efectiva de los Medicamentos..... | 25 |
| Relacionados con la Administración | 25 |
| Higiene de las Manos..... | 26 |
| Medicamento Correcto | 26 |
| Dosis Correcta | 27 |
| Vía de Administración Correcta..... | 27 |
| Hora correcta..... | 28 |
| Paciente correcto | 28 |
| Técnica de administración correcta | 28 |

| | |
|--|-----------|
| Educación al Paciente y su Familia sobre el Fármaco que se Administra | 28 |
| Actividades de Ejecución..... | 28 |
| Materiales..... | 28 |
| Actividades de Valoración..... | 29 |
| Anexos..... | 30 |
| Bibliografía..... | 31 |
| Capítulo 2. | 33 |
| Protocolo de Seguimiento de Pacientes en el Post - Operatorio Domiciliario..... | 33 |
| Introducción | 35 |
| Objetivo | 35 |
| Objetivo General..... | 35 |
| Objetivos Específicos | 35 |
| Alcance | 35 |
| Responsables | 36 |
| Campo de Aplicación | 36 |
| Normas y Disposiciones Generales | 36 |
| Definiciones | 36 |
| Desarrollo del Protocolo..... | 36 |
| El Postoperatorio se Divide en dos Etapas | 37 |
| Complicaciones Postoperatorias..... | 38 |
| Heridas Quirúrgicas..... | 38 |
| Dolor..... | 39 |
| Temperatura Corporal..... | 40 |
| Urinarias | 41 |
| Gastrointestinales..... | 42 |
| Actividades de Ejecución..... | 43 |
| Materiales..... | 43 |
| Bibliografía..... | 43 |
| Capítulo 3..... | 45 |
| Protocolo de Monitorización de Signos Vitales..... | 45 |
| Introducción | 47 |

| | |
|--|-----------|
| Objetivo | 47 |
| Objetivo General..... | 47 |
| Objetivos Específicos | 47 |
| Alcance | 47 |
| Responsables | 48 |
| Campo de Aplicación | 48 |
| Normas y Disposiciones Generales..... | 48 |
| Base Legal | 48 |
| Definiciones | 48 |
| Desarrollo del Protocolo..... | 50 |
| Frecuencia Cardíaca (Pulso) | 50 |
| Frecuencia Respiratoria..... | 50 |
| Temperatura Corporal | 51 |
| Presión Arterial..... | 51 |
| Actividades de Ejecución..... | 52 |
| Materiales | 52 |
| Bibliografía..... | 52 |
| Capítulo 4..... | 55 |
| Protocolo de Cuidados y Curaciones de Heridas | 55 |
| Introducción..... | 57 |
| Objetivo | 57 |
| Objetivo General..... | 57 |
| Objetivos Específicos | 57 |
| Alcance | 58 |
| Responsables | 58 |
| Campo de Aplicación | 58 |
| Normas y Disposiciones Generales | 58 |
| Base Legal | 58 |
| Desarrollo del Protocolo | 58 |
| Procedimiento | 60 |
| Consideraciones | 60 |
| Actividades de Ejecución | 61 |
| Materiales..... | 61 |

| | |
|--|-----------|
| Anexos | 62 |
| Bibliografía | 62 |
| Capítulo 5. | 65 |
| Protocolo de Administración de Tratamiento Para el Control del Dolor en Pacientes en Cuidados Paliativos | 65 |
| Introducción | 67 |
| Objetivo | 67 |
| Objetivo General | 67 |
| Objetivos Específicos | 67 |
| Alcance | 67 |
| Responsables | 68 |
| Campo de Aplicación | 68 |
| Normas y Disposiciones Generales | 68 |
| Base Legal | 68 |
| Definiciones | 68 |
| Desarrollo del Protocolo | 69 |
| Clasificación del dolor | 70 |
| Tipos de Dolor | 71 |
| Escalas e Instrumentos de Medición | 71 |
| Tratamiento Farmacológico del Dolor | 72 |
| Anexos | 74 |
| Bibliografía | 74 |
| Capítulo 6. | 77 |
| Protocolo de Baño en Cama y Cambios Posturales del Paciente Encamado | 77 |
| Introducción | 79 |
| Objetivo | 80 |
| Objetivo General | 80 |
| Objetivo Específico | 80 |
| Alcance | 80 |
| Responsables | 81 |
| Campo de Aplicación | 81 |
| Normas y Disposiciones Generales | 81 |

Base Legal81

Disposiciones Generales82

Definiciones.....82

Desarrollo del Protocolo83

Materiales83

Recursos Humanos83

Observaciones83

Procedimiento84

Baño en Cama84

Anexos.....86

Bibliografía.....87

Capítulo 7.89

Cuidados Específicos a los Adultos Mayores y Pacientes Geriátricos.....89

Introducción91

Objetivos92

Objetivo General92

Objetivos Específicos92

Alcance92

Responsables93

Campo de Aplicación93

Normas y Disposiciones Generales93

Base Legal93

Disposiciones Generales.....94

Definiciones94

Desarrollo del Protocolo95

Materiales95

Recursos Humanos95

Observaciones96

Procedimiento96

Alimentación Oral del Adulto Mayor.....96

Higiene Corporal y Vestimenta del Adulto Mayor97

Anexos100

| | |
|--|------------|
| Bibliografía..... | 100 |
| Capítulo 8..... | 103 |
| Protocolo de Colocación y Cuidados de Vías..... | 103 |
| Introducción | 105 |
| Objetivo | 105 |
| Objetivo General | 105 |
| Objetivos Específicos..... | 106 |
| Alcance..... | 106 |
| Responsables | 106 |
| Campo de Aplicación..... | 107 |
| Normas y Disposiciones Generales | 107 |
| Base Legal..... | 107 |
| Disposiciones Generales | 107 |
| Definiciones | 108 |
| Desarrollo del Protocolo..... | 108 |
| Materiales..... | 108 |
| Recursos Humanos | 109 |
| Observaciones..... | 109 |
| Procedimiento | 110 |
| Colocación de la Vía Venosa Periférica | 110 |
| Cuidado de la Vía Venosa Periférica | 112 |
| Anexos | 113 |
| Bibliografía..... | 114 |
| Capítulo 9..... | 117 |
| Protocolo de Colocación de Sondas Vesicales y Nasogástricas | 117 |
| Introducción | 119 |
| Objetivo | 120 |
| Objetivo General | 120 |
| Objetivos Específicos..... | 120 |
| Alcance..... | 120 |
| Responsables..... | 121 |
| Campo de Aplicación..... | 121 |

| | |
|---|------------|
| Normas y Disposiciones Generales | 121 |
| Base Legal..... | 121 |
| Disposiciones Generales | 122 |
| Definiciones..... | 122 |
| Desarrollo del Protocolo | 122 |
| Colocación de una Sonda Nasogástrica | 122 |
| Recursos Humanos..... | 123 |
| Observaciones Generales | 123 |
| Procedimiento..... | 124 |
| Colocación de la Sonda Nasogástrica | 124 |
| Cuidados de la Vía Sonda Nasogástrica..... | 125 |
| Colocación de una Sonda Vesical..... | 126 |
| Recursos Humanos..... | 126 |
| Observaciones Generales | 126 |
| Procedimiento | 127 |
| Colocación de la Sonda Vesical | 127 |
| Cuidados de la Vía Sonda Vesical | 128 |
| Anexos | 129 |
| Bibliografía..... | 130 |
| Capítulo 10..... | 131 |
| Protocolo de Sueroterapia Venosa | 131 |
| Introducción..... | 133 |
| Objetivo..... | 133 |
| Objetivo General | 133 |
| Objetivos Específicos | 134 |
| Alcance | 134 |
| Responsables..... | 134 |
| Campo de Aplicación..... | 135 |
| Normas y Disposiciones Generales..... | 135 |
| Base Legal | 135 |
| Disposiciones Generales | 135 |
| Definiciones..... | 136 |
| Desarrollo del Protocolo | 136 |

Materiales136
Recursos Humanos137
Observaciones.....137
Procedimiento138
Mantenimiento y Cuidado de la Vía Venosa Periférica durante
la Sueroterapia Venosa139
Anexos140
Bibliografía140

Prólogo

Es un honor y un placer dar la bienvenida a todos los lectores a este libro inspirador y transformador, "Protocolos de Enfermería: Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios". En sus páginas, profesionales de la enfermería, educadores, estudiantes y todos aquellos apasionados por el arte y la ciencia del cuidado, encontrarán un recurso invaluable que trasciende las páginas y se sumerge en la esencia de la atención ambulatoria.

En un mundo donde la atención de salud evoluciona constantemente, la visión de Virginia Henderson, pionera y visionaria en el campo de la enfermería sigue siendo un faro que guía a los profesionales hacia una atención más humana, centrada en el paciente y orientada a la autonomía. Este libro no solo explora la teoría detrás del modelo de necesidades básicas de Henderson, sino que también presenta protocolos prácticos y aplicables diseñados para adaptarse a la complejidad de los entornos ambulatorios contemporáneos.

El cuidado, según Henderson, (2015) no es solo una serie de tareas ejecutadas por profesionales de enfermería; es un acto humano que abarca toda la experiencia del individuo, desde la salud, la enfermedad y, en última instancia, hasta la muerte tranquila. A través de este libro, se invita a los lectores a explorar y aplicar este enfoque holístico y compasivo en su práctica diaria.

Cada página está imbuida con el compromiso de mejorar la calidad de la atención ambulatoria, de capacitar a los profesionales para ser agentes de cambio y de elevar la experiencia de cuidado para aquellos que confían en la profesión de enfermería. Este no es simplemente un libro de protocolos; es una guía reflexiva que celebra el arte del cuidado y la ciencia de la adaptación.

A medida que se sumergen en los protocolos detallados y las reflexiones teóricas, los lectores descubrirán no solo cómo implementar el modelo de Henderson en la práctica, sino también cómo infundir cada interacción con empatía, respeto y la creencia fundamental en la capacidad del individuo para alcanzar su máximo potencial de salud.

Este libro es una invitación a todos los lectores a unirse a una comunidad global de profesionales de enfermería que comparten la visión de Virginia Henderson. Que cada página sirva como recordatorio

de la nobleza de nuestra profesión y la responsabilidad que llevamos al ser guardianes del bienestar y la dignidad de aquellos a quienes servimos. Que este libro sea una fuente de inspiración, conocimiento y transformación para todos aquellos comprometidos con la noble tarea de brindar cuidado en entornos ambulatorios.

Con gratitud y entusiasmo LOS AUTORES.

Introducción

En el dinámico y complejo entorno de la atención de la salud actual, la enfermería desempeña un papel fundamental en la prestación de cuidados integrales

y centrados en el paciente. Con la creciente demanda de servicios ambulatorios y el envejecimiento de la población, surge la necesidad imperante de evolucionar y adaptar los modelos de cuidado existentes para garantizar la excelencia en la atención.

Este libro, “Protocolos de Enfermería: *Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios*”, se embarca en un viaje transformador hacia la optimización de la atención ambulatoria a través de la aplicación innovadora y centrada en el paciente del Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson. La visión de Henderson, que destaca la importancia de considerar al individuo en su totalidad, se convierte en el cimiento sobre el cual construimos protocolos diseñados específicamente para el ámbito ambulatorio.

Un Modelo Centrado en el Paciente para la Atención Ambulatoria. El modelo de Virginia Henderson, con sus 14 necesidades básicas, proporciona un marco sólido para abordar las complejidades de la atención ambulatoria, donde la continuidad, la participación del paciente y la atención holística son esenciales. Este libro no solo explora la teoría detrás del modelo, también, presenta protocolos detallados y prácticos diseñados para guiar a los profesionales de enfermería para la implementación efectiva en entornos ambulatorios.

El Desafío de la Adaptación. Adaptar un modelo tan venerado como el de Virginia Henderson requiere una comprensión profunda de las necesidades cambiantes de la atención de salud moderna. En este libro, abordamos este desafío de manera sistemática, considerando la diversidad de los pacientes ambulatorios y la necesidad de una atención que no solo cure, sino que también empodere.

Protocolos Prácticos, Resultados Significativos. Cada protocolo presentado en este libro ha sido meticulosamente elaborado para abordar aspectos específicos de la atención ambulatoria, desde la evaluación inicial hasta la planificación y el seguimiento del cuidado. A través de escenarios del mundo real, pretendemos brindar a los profesionales de enfermería herramientas tangibles para aplicar el modelo de Henderson de manera efectiva y significativa en su práctica diaria.

En cuanto a la estructura de los protocolos tenemos que cada protocolo consta de un título, una breve introducción sobre el protocolo, objetivo general y específicos, el alcance de este, los responsables de la ejecución, el campo de aplicación, las normas y disposiciones que le dan basamento legal y las definiciones más importantes según el protocolo. Se desarrolla el protocolo según la adaptación con las actividades de valoración y la relación entre el proceso de atención de enfermería y la farmacología, sus actividades de ejecución, con anexos y la bibliografía consultada.

Un Recurso Invaluable. Este libro se dirige a los profesionales de enfermería que buscan elevar la calidad de la atención ambulatoria, sirve como recurso valioso para educadores, estudiantes y todos los comprometidos con la mejora continua en la salud. Estamos emocionados de compartir este compendio de conocimientos y experiencias, con la esperanza de que sirva como guía esencial en el viaje hacia una atención ambulatoria centrada en el paciente y basada en el respeto y la empatía.

Virginia Henderson, una destacada enfermera y teórica de la enfermería del siglo XX, desarrolló una definición amplia y humanística del cuidado. Según Henderson (Yáñez Flores et al., 2021) el concepto de cuidado en enfermería implica: brindar ayuda en todas las actividades que una persona no puede llevar a cabo por sí misma. El propósito es promover su salud y ayudarlo a desarrollar habilidades que le permitan alcanzar un grado de autonomía en su rutina diaria, adaptándose a su condición de enfermedad.

El cuidado se manifiesta como una acción intrínsecamente humana que implica respaldar al individuo en la ejecución de actividades que directa o indirectamente contribuyen a su bienestar, su recuperación o, en su defecto, a transitar de manera serena hacia el final de la vida. Estas son actividades que la persona llevaría a cabo por sí misma si contara con la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Además, el cuidado abarca la asistencia al individuo en la realización de funciones que no puede llevar a cabo de manera independiente debido a limitaciones en su salud, así como brindar apoyo en el proceso de adquirir conocimientos y habilidades para el autocuidado.

La definición de cuidado según Virginia Henderson destaca la importancia de la asistencia humana, la promoción de la autonomía y la atención integral. Henderson creía en la capacidad intrínseca de las personas para cuidar de sí mismas y abogaba por la enfermería como una profesión centrada en ayudar a los individuos a alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar. Su enfoque resalta la colaboración entre el enfermero y

el individuo, reconociendo que el cuidado va más allá de la mera ejecución de tareas, abarca el apoyo emocional, la educación y la promoción de la autogestión.

Capítulo 1.
Protocolo de Administración de
Medicamentos por Vías Enterales
y Parenterales

Introducción

El profesional de enfermería que tiene un nivel de conocimiento científico práctico puede brindar cuidados en la administración de medicamentos aplicando buenas prácticas de salud, como objetivo principal buscar la mejoría del paciente y a su vez implementar cuidados óptimos domiciliarios, cumpliendo con el régimen terapéutico. Según manejo de estadísticas en nuestro cantón Rumiñahui provincia de Pichincha, los cuidados domiciliarios enfocados en un adulto mayor van en ascenso, estos pacientes prefieren recibir sus medicamentos y cuidados dentro de su hogar. El estudiante Técnico Superior en Enfermería, debe ser consciente de la adecuada intervención del paciente, tener conocimientos del manejo y administración de los medicamentos que se puede aplicar en pacientes domiciliarios.

Objetivo

Objetivo General

Ejecutar en forma segura la administración y manejo adecuado de los medicamentos por las vías correspondientes.

Objetivos Específicos

- Disminuir los errores de la administración de los medicamentos.
- Preparar y administrar la medicación cumpliendo los protocolos de manejo correcto de la medicación.
- Detectar los efectos adversos que podría presentar el paciente al administrar la medicación.

Alcance

Elaborado para una atención domiciliaria en los pacientes que presenten cualquier tipo de patología que requieran la administración de los medicamentos por un profesional de salud.

Va enfocado tanto al estudiante y como a los profesionales de salud-técnicos en enfermería, que realicen la actividad de cuidados domiciliarios en los pacientes adultos mayores.

Responsables

Docentes de la Carrera de Enfermería y profesionales de Salud.

Campo de Aplicación

Se implementará en los pacientes en cuidados domiciliarios, quienes deberán recibir medicación por prescripción médica, en cuidado directo.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

Ley Orgánica de la Salud Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Definiciones

Medicamento.- Sinónimo de fármacos o drogas; sustancias que, al introducirse en el organismo humano vivo, altera sus funciones mediante interacción molecular y se utiliza con el propósito de curar, prevenir, rehabilitar y diagnosticar.

Administración de Medicamentos.- Es un procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente. Esta función es realizada por el personal de enfermería; para lo cual, poseen conocimientos que les permiten garantizar seguridad para el paciente.

Vías de administración.- Vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, dérmica, intramuscular, subcutánea, intradérmica, intravenosa, y otras.

Acción de los Medicamentos.- Se llama acción de los medicamentos a las reacciones físico - químicas que provoca un fármaco en el organismo y el resultado de dichas acciones se denomina efecto el cual puede ser local, general o ambos.

Incompatibilidad.- Es necesario señalar y comunicar entre el personal de enfermería los medicamentos que no pueden emplearse juntos.

Indicación Médica.- Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara y legible.

Error de Medicación.- Hace referencia a cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o de lugar a utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal de salud.

Metabolismo de los Medicamentos.- Para que los medicamentos produzcan los efectos específicos deben estar en concentraciones apropiadas y en sus sitios de acción.

Para esto es necesario saber:

- **Absorción.-** Es la transferencia del fármaco desde el sitio de entrada hasta la circulación. Está influida por algunos factores como: el gradiente de concentración, pH, área de superficie disponible, etc., dando como resultado la biodisponibilidad del medicamento en el organismo.
- **Distribución.-** Una vez que el medicamento ha llegado al torrente sanguíneo puede ser distribuido a los diferentes compartimentos corporales. Esto está determinado por principios como: la unión a las proteínas plasmáticas, flujo sanguíneo, capacidad para atravesar las membranas y solubilidad tisular.
- **Biotransformación.-** Es la conversión del fármaco en sustancias más fáciles de eliminar, que por lo general se efectúa en el hígado que es el órgano principal para el metabolismo de los fármacos.
- **Eliminación.-** Proceso por el cual los medicamentos son eliminados del organismo. Los riñones son la vía principal para la eliminación de los metabolitos a través de la orina. Pero también existen medicamentos que pueden eliminarse por el aliento, las heces, sudor, saliva y leche materna.

Desarrollo del Protocolo

Normas en la Preparación de Medicamentos

1. Al preparar los medicamentos hay que leer la tarjeta del medicamento con los 5 correctos: paciente, medicamento, dosis, vía y hora correcta.
2. Durante la preparación la Enfermera/o debe evitar distracciones, por consiguiente, debe concentrarse en lo que está haciendo.
3. Leer tres veces la etiqueta:
 - Cuando lo coge el medicamento.

- En el momento de verter o cargar el medicamento.
 - Al regresar el medicamento a su lugar.
4. Al verter líquidos hacerlo por el lado contrario de la etiqueta para evitar que se manche.
 5. Al vaciar el medicamento en la copa graduada colocarlo a la altura de los ojos y señalar con el pulgar para reafirmar que es la dosis correcta a administrar.
 6. Nunca se debe de administrar medicamentos que estén sin etiqueta o que no sea legible su escritura.
 7. No regresar el medicamento que ya ha sido sacado del envase que lo contiene ya que puede contaminar todo el medicamento.
 8. La/el enfermera/o que prepara los medicamentos debe ser quien lo administre.
 9. Preparar los medicamentos con anticipación para así tenerlos listos a la hora de su administración, pero no debe de ser excesivos para evitar riesgos.
 10. Si está cursando un proceso gripal protéjase con una masacrilla por cuanto puede toser o estornudar sobre los medicamentos y contaminarlos.

Principios en la Administración de Medicamentos

- El conocimiento completo del fármaco reduce la posibilidad de cometer errores en su administración.
- La preparación individual de los medicamentos asegura la precisión en su administración.
- Observar la reacción del paciente durante el procedimiento.
- Mantener el área de trabajo limpia y ordenada para evitar contaminación, errores, accidentes y lesiones.
- Seguir las reglas universales para el manejo y desecho de jeringas y agujas.
- Colocar la tarjeta de medicamento con los 5 correctos al lado, frente o atrás de la jeringa que contiene el medicamento.
- Evitar inyectar en zonas con heridas o zonas infectadas.
- Si se contamina la jeringa o la aguja hay que desecharlo inmediatamente.
- Usar algodón para proteger los dedos al romper la ampollita.

El tejido subcutáneo es abundante en pacientes bien nutridos o con obesidad, y es escaso en delgados y desnutridos. Por lo tanto, en estos pacientes y niños/as, hay que formar el músculo.

Procedimiento para la Aplicación de Prácticas Seguras en la Administración de Medicamentos

La aplicación de prácticas seguras en la administración de medicamentos, hace referencia a las medidas que se aplicarán para la prevención de potenciales riesgos.

Para una Administración Efectiva de los Medicamentos

Se utilizará el tarjetero en el mismo que esta numerado las 24 horas del día, 12 horas con color azul para el día y 12 horas con color rojo para la noche, estará bajo la responsabilidad de la enfermera/o.

Las tarjetas que se emplearán para la transcripción y administración de medicamentos deben incluir:

- Nombre del paciente.
- Nombre del medicamento.
- Dosis indicada.
- Vía de administración.
- Horario programado.

Relacionados con la Administración

Será responsabilidad de la Enfermera que este de turno capacitado para ello:

- Cuando nos referimos a la seguridad del paciente, la administración de medicamentos de forma segura, constituye un pilar fundamental, la cual se basa según la literatura actual en normas a cumplir, denominados:

Los 15 CORRECTOS en la administración de medicamentos se refiere a las reglas de seguridad que se deben llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores. Por ello la administración de medicamentos exige un cuidado intenso y requiere conocimientos específicos, pues cualquier fallo durante esta actividad puede acarrear consecuencias tales como reacciones adversas, alergias y errores de medicación los cuales pueden ser irreversibles y devastadores.

1. Higiene de las manos.
2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente.
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco.
4. Medicamento correcto.
5. Dosis correcta.
6. Vía de administración correcta.
7. Hora correcta.
8. Paciente correcto.
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta.
11. Verificar la fecha de caducidad.
12. Prepare y administre usted mismo el medicamento.
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.
14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.
15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.

Higiene de las Manos

- Lavado de manos según protocolo. Realizarlo antes y después de preparar y administrar un medicamento, además se debe limpiar el área de preparación, como medida de seguridad para evitar la contaminación de los fármacos.
- Esto evitará que se administren medicamentos que puedan causar reacciones adversas como rash cutáneo y aún más grave un shock anafiláctico. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco.
- Tomando en cuenta que ciertos medicamentos pueden alterarlos.

Medicamento Correcto

- Significa identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo. Comprobar la prescripción y la etiqueta del fármaco dispensado por farmacia y que ambas estén claramente escritas.
- Verificar que el medicamento se encuentre envasado en un recipiente que sea el apropiado y que mantiene la integridad de la medicación.

La/el Enfermera/o constatará que la composición del medicamento se mantenga íntegra antes de su administración, en caso de detectar cambios en la misma no se debe administrar.

Dosis Correcta

Significa que debemos comprobar la dosis prescrita para realizar el cálculo de la dosis correspondiente.

Vía de Administración Correcta

- Debemos asegurarnos que la vía de administración sea la prescrita, verificar si el medicamento a administrar es por vía enteral, parenteral o tópica.
- En fármacos de alto poder irritante comprobar la permeabilidad de la vía.
- En situaciones de urgencia, se debe repetir en voz alta el nombre y dosis del medicamento a administrar, sobre todo en medicamentos de alto riesgo.

Existen ocho vías distintas para administrar fármacos:

- **Vía oral.** El medicamento se ingiere y se absorbe a través del tracto gastrointestinal. Es la vía más utilizada y el fármaco puede tomar forma de gotas, jarabes, elixires, comprimidos, cápsulas, pastillas, etc.
- **Vía sublingual.** El fármaco se administra debajo de la lengua, donde debe permanecer hasta su total disolución en la mucosa.
- **Vía tópica.** El fármaco se administra directamente sobre la piel o las mucosas (incluyendo genitales y ojos). Los más comunes son medicamentos dermatológicos e instilaciones oftálmicas.
- **Vía parenteral.** El fármaco se introduce atravesando la piel o las membranas mediante una aguja hueca en su interior (inyección o catéter).
- **Vía respiratoria.** El medicamento se administra a través de las vías respiratorias altas en pequeñas dosis.
- **Vía rectal.** El fármaco se introduce en el recto. Se utiliza cuando existen dificultades para la administración por otras vías.
- **Vía vaginal.** El medicamento se introduce en la vagina, a veces mediante un aplicador.
- **Vía percutánea o transdérmica.** El fármaco o sustancia pasa a través de la piel hasta los capilares dérmicos.

Hora correcta

Debemos cumplir con la prescripción a la hora correcta y con el intervalo de dosificación estricto.

Conocer los medicamentos que se encuentra tomando el usuario, para prevenir posibles interacciones medicamentosas, así como con los alimentos, permitiendo la reprogramación de horario que favorezca su absorción y efecto deseado.

Paciente correcto

Para esto tenemos que comprobar la identidad del paciente, elemento indispensable en el inicio de todo procedimiento terapéutico, evitando así errores de identidad, siendo un momento propicio para establecer empatía con el paciente o usuario.

Cualquier prescripción que genera algún tipo de duda deberá ser clarificada antes de su administración. Los medicamentos no deben de ser administrados hasta que las dudas se hayan aclarado.

Técnica de administración correcta

Se deberá aplicar la técnica correcta según el medicamento prescrito y la vía de administración del mismo.

Educación al Paciente y su Familia sobre el Fármaco que se Administra

Informar y educar al paciente o al acompañante sobre los medicamentos que está recibiendo, es importante para obtener la colaboración en la administración del mismo, además de recordarle la importancia de cumplir el tratamiento y no auto medicarse.

Actividades de Ejecución

Materiales

- Agua y jabón (lavado de manos)
- Guantes de manejo
- Jeringas
- Medicación a utilizar

- Torundas de algodón
- Alcohol

Actividades de Valoración

Tabla 1. Relación del proceso de enfermería

| RELACIÓN ENTRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA FARMACOLOGÍA | |
|--|--|
| VALORACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la prescripción. • Verificar historia de alergias. • Indagar conocimientos y recursos del paciente. • Explorar: la vía de administración, dificultades, etc. |
| DIAGNÓSTICO | <p>Diagnósticos de enfermería relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de medicamentos: Incumplimiento del tratamiento. Manejo correcto del esquema terapéutico. Complicaciones potenciales. • Detectar oportunamente el efecto no deseado y la toxicidad. |
| PLANIFICACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Preparación y manipulación de medicamentos, cálculo de dosis. • Permeabilizar la vía. • Observar signos de infección e inflamación. |
| EJECUCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Administrar los medicamentos por las diferentes vías. • Educar al paciente y la familia. |
| EVALUACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el efecto terapéutico o tóxico del medicamento. • Elaborar un reporte. |

Fuente: Autores

Anexos

Vías de administración parenteral

Recuerda aplicar los **5 o 10 correctos** antes de la administración de medicamentos,

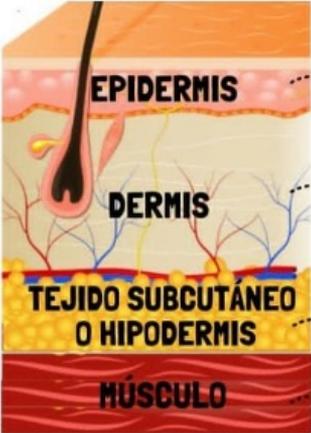
Ademas aplica los **4"YO"**:

- YO preparo
- YO administro
- YO registro
- YO respondo



CORRECTOS

- 1** Paciente correcto
- 2** Medicamento correcto
- 3** Dosis correcta
- 4** Vía correcta
- 5** Hora correcta



INTRADÉRMICA
ÁNGULO: 10-15°

ENDOVENOSA O INTRAVENOSA
ÁNGULO: 25°

SUBCUTÁNEA
ÁNGULO: 45°

INTRAMUSCULAR
ÁNGULO: 90°

Figura 1. Administración Parenteral.
Fuente: (Universidad Industrial de Santander, 2016)

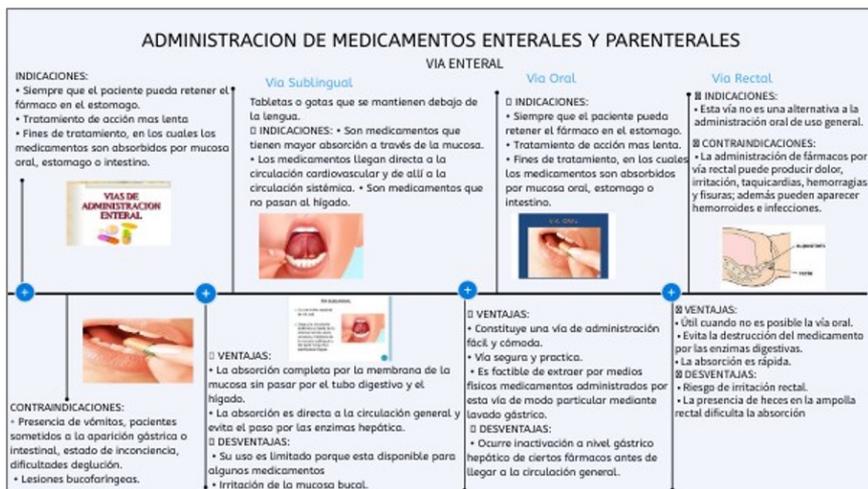


Figura 2. Administración Enteral y Parenterales.
Fuente: (Universidad Industrial de Santander, 2016)

Bibliografía

Universidad Industrial de Santander, Protocolo de Administración de medicamentos, Santander - España, Febrero 2016, disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.42.pdf.

Ministerio de Salud Pública, Hospital Vicente Corral Moscoso, Protocolo de Administración Correcta de Medicamentos, Cuenca - Ecuador, 2022

Capítulo 2.
Protocolo de Seguimiento de
Pacientes en el Post - Operatorio
Domiciliario

Introducción

Este protocolo va a enfocar al estudiante o profesional de salud en el cuidado humano directo al paciente, que ha sido sometido en una intervención quirúrgica previa, por lo que esta sería una actividad importante en la mejoría del paciente o su recuperación. El proceso de cuidar a un paciente en nivel domiciliario, debe contar con una excelente atención integral, teniendo como éxito la satisfacción de las necesidades del usuario, para contar con el bienestar humano.

Los pacientes pos-quirúrgicos, son aquellos que luego de ser sometidos a una intervención quirúrgica, van a necesitar los cuidados especializados frente a su recuperación, cabe destacar que estas intervenciones buscan en común prevenir las complicaciones.

Objetivo

Objetivo General

Definir las actividades de enfermería enfocados en los cuidados en los pacientes posquirúrgicos domiciliarios para ayudar al usuario en una recuperación óptima.

Objetivos Específicos

- Identificar las complicaciones que el paciente puede presentar en su domicilio.
- Efectuar el cuidado de enfermería, realizando actividades básicas como medición de signos vitales y valoración al paciente.
- Mantener la higiene y confort del paciente en su domicilio.
- Realizar una valoración céfalo-caudal.

Alcance

Elaborado para una atención domiciliaria en los pacientes que presenten cualquier tipo de patología y que requieran la administración de los medicamentos por un profesional de salud.

Va enfocado al estudiante, como a los profesionales de salud - técnicos en Enfermería, que realicen la actividad de cuidados domiciliarios en los pacientes adultos mayores.

Responsables

Docentes de la Carrera de Enfermería y profesionales de Salud.

Campo de Aplicación

Este protocolo va enfocado a pacientes posquirúrgicos, que se encuentran aún en fase de recuperación a nivel domiciliario.

Normas y Disposiciones Generales

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 se expone que, el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Definiciones

Cuidados Postoperatorios.- Corresponde al periodo de recuperación física y psicológica, comprendido desde el ingreso del paciente a la sala de recuperación hasta el alta a su domicilio.

Dolor.- Es una sensación desagradable con un componente sensorial y otro emocional, originado por estímulos nocivos e indicativo de un daño actual o potencial de los tejidos corporales.

Desarrollo del Protocolo

La recuperación del paciente después de una intervención quirúrgica y la satisfacción de sus necesidades, dependen en gran medida de la calidad de los cuidados posoperatorios que reciba.

Las preocupaciones inmediatas críticas son la protección de vías respiratorias, control del dolor, el estado mental y la curación de heridas. Otras preocupaciones importantes: la retención urinaria, estreñimiento, trombosis venosa profunda y la variabilidad de la presión arterial (alta o baja). Para los pacientes con diabetes, los niveles de glucosa en la sangre son monitoreados frecuentemente cada hora o cada cuatro horas. Es una fase crítica que demanda cuidados redoblados de todo el equipo sanitario.

Para garantizar una asistencia segura y reducir los daños indeseables a los pacientes y los gastos en sanidad, se vuelve imperativo el empleo de acciones que puedan eliminar o reducir el riesgo de un determinado evento adverso. Para ello, se hace indispensable un reconocimiento previo de las necesidades manifestadas por estos individuos y quiénes son los más propensos a sufrir tal episodio.

Las necesidades básicas del paciente quirúrgico son oxigenación, aporte de líquidos y electrolitos, nutrición, control de ingesta y eliminación, movilidad, seguridad y autoestima. Es importante satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente.

El Postoperatorio se Divide en dos Etapas

- **Postoperatorio inmediato.**- Periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la de Unidad de Recuperación, donde permanecerá hasta que los efectos de la anestesia hayan disminuido considerablemente. Se esperará observar que el paciente se encuentre despierto, alerta y orientado, con las vías respiratorias permeables y los signos vitales estables. Abarca desde la finalización de la operación hasta las 2 a 4 horas posteriores.
- **Postoperatorio mediano o tardío.**- Se inicia a la llegada del paciente a la unidad de hospitalización hasta el alta del paciente (24-48 horas posteriores).

Tan pronto como se haya colocado en la cama de la unidad, el personal de salud realizará una rápida valoración del paciente en cuanto a los signos vitales, la permeabilidad de las vías respiratorias, la necesidad de aspiración, estado de la piel, apósito quirúrgico, drenajes si los hay, diuresis, efectos de los medicamentos administrados, mantener informada a la familia; control del balance hidroelectrolítico y la función intestinal a través de la auscultación de los ruidos intestinales. Después

de llevar a cabo la valoración inicial completa del paciente y satisfacer las necesidades más inmediatas, el profesional médico y de enfermería autorizará la visita de los familiares para explicarles la situación actual del enfermo. En la unidad de cirugía es importante ayudar a la deambulacion temprana, colaborar en la dieta, instruir al paciente y familiares sobre indicaciones específicas según el tipo de intervención, cuidados generales y el proceso de cicatrización; recuperación general y preparación del paciente para el alta.

Complicaciones Postoperatorias

Dependiendo del tipo de cirugía que se realiza, hay diversas complicaciones potenciales intra y postoperatorias. Las complicaciones generales incluyen: náuseas y vómitos por la anestesia general, dolor de garganta (causado por el tubo endotraqueal que se utiliza para brindar soporte ventilatorio durante la cirugía), hinchazón y dolor alrededor del sitio de la incisión, sed, estreñimiento y gases (flatulencia), infección de la herida, coágulos sanguíneos debido a la inactividad.

La inactividad prolongada también puede causar atrofia y pérdida de fuerza muscular, alteraciones de la termorregulación, alteraciones respiratorias, cardíacas, renales, urinarias, metabólicas, gastrointestinales, hepatobiliares, neurológicas y adicionalmente dolor e insomnio.

Heridas Quirúrgicas

Las heridas son lesiones en los tejidos corporales que alteran su patrón tisular normal. Como consecuencia de tal agresión existen riesgos de infección y lesiones de órganos o tejidos adyacentes. Una herida produce una interrupción celular; por lo cual, la cicatrización constituye la restauración del tejido afectado.

Según el grado de contaminación las heridas se clasifican en limpias, contaminadas e infectadas. Las heridas que cicatrizan por:

- **Primera intención:** con escaso daño tisular, son heridas limpias, cicatrizan con rapidez y requieren mínima atención.
- **Segunda intención:** heridas que se dejan abiertas para que cicatricen de forma espontánea, el tejido de granulación llena el área cutánea conformando una cicatriz.
- **Tercera intención:** se trata de una sutura secundaria efectuada como consecuencia de la apertura de la herida, se forma un tejido cicatrizal profundo.

El cuidado adecuado puede ayudar a prevenir la infección y mejorar la cicatrización a medida que la herida quirúrgica sana, por lo tanto, es importante evitar la exposición y contacto con los microorganismos para reducir el riesgo de infección. El personal debe dar atención individualizada a cada herida, pero el apósito estéril colocado en la sala de operaciones generalmente se deja intacto durante 24 a 48 horas, a menos que signos de alarma se desarrollen (por ejemplo, aumento del dolor, eritema, drenaje). Las compresas y toallas de algodón mojadas son permeables a las bacterias en pocos minutos.

Si está presente un tubo de drenaje, debe ser controlada la cantidad y calidad del fluido recolectado. Suturas, grapas de piel, y demás dispositivos de cierre por lo general se dejan en el lugar 7 días o más, dependiendo del sitio quirúrgico y de las condiciones específicas del paciente.

Un estudio de revisión narrativa; muestra los tipos de factores de riesgo de infección de las heridas quirúrgicas: factores endógenos (edad, desnutrición, obesidad, diabetes, inmunosupresores y enfermedades asociadas), factores exógenos (ducha preoperatoria, eliminación del vello, lavado de manos, solución empleada para la limpieza de la piel del campo quirúrgico, suturas, drenajes, profilaxis antibiótica, técnica quirúrgica) y otros (medio ambiente y circuitos de quirófano).

Cuando las bacterias ingresan al sitio de la cirugía, se produce una infección de la herida, que retrasa la curación y pueden diseminarse a órganos o tejidos cercanos, o a áreas distantes a través del torrente sanguíneo. El tratamiento de las infecciones de la herida puede incluir: antibióticos y re intervención quirúrgica para limpiar o drenar el área infectada.

Dolor

La analgesia forma parte del cuidado del paciente sometido a un procedimiento quirúrgico. El control del dolor postoperatorio es un reto en el ámbito quirúrgico.

La prevalencia del dolor postoperatorio exige conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor: intervención quirúrgica, preparación pre operatoria, posibles complicaciones postoperatorias, el tratamiento anestésico, la calidad de los cuidados postoperatorios. El alivio efectivo del dolor es de suma importancia para cualquier persona que trate a pacientes sometidos a cirugía.

El alivio del dolor tiene beneficios fisiológicos significativos, por lo tanto, la monitorización del alivio del dolor se está convirtiendo cada vez más en una importante medida de calidad postoperatoria. El objetivo del manejo del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la incomodidad con un mínimo de efectos secundarios. El apropiado control del dolor luego de la cirugía es importante para evitar resultados negativos como: taquicardia, hipertensión, isquemia miocárdica, disminución de la ventilación, y mala cicatrización.

Entre las actividades referidas para el manejo del dolor postquirúrgico, se encuentran: la administración de analgésicos intravenosos tipo morfina y dipirona, cambios de posición, masajes, actividades promovedoras del sueño, medidas de confort (baños calientes, escuchar música, respiración lenta y rítmica).

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto.

Temperatura Corporal

Durante el preoperatorio las alteraciones de la temperatura corporal son frecuentes y en situaciones extremas podrían conducir a la muerte. El regulador central de la temperatura es el área pre óptica hipotalámica, la cual recibe e integra vías neuronales ascendentes y disipa diversos mecanismos para mantener la homeostasis. Durante este período se pierde fácilmente el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, acentuándose en cirugías mayores a una hora de duración.

- **Hipotermia.**- Es la disminución anormal de la temperatura corporal. Los pacientes pueden pasar frío durante la cirugía, sobre todo debido a los fármacos que se utilizan como anestésicos y causar problemas cardíacos potencialmente peligrosos. Se han desarrollado diferentes formas de recalentamiento, como el uso de aislamiento térmico (mantas eléctricas y lámparas de calor). Se produce por mecanismos de pérdida de calor: por conducción, radiación, evaporación, convección y respiración. Las consecuencias pueden derivarse en alteraciones neurológicas, inmunitarias, cardíacas, hepáticas, renales, alteraciones de la coagulación (aumentando el riesgo de hemorragias y necesidad de transfusión de hemoderivados) y del equilibrio ácido básico. En un

estudio realizado en Lima en el 2015, con 251 pacientes, de ellos 51% fueron mujeres y el 49% varones, la media de la edad fue de 39.7 + 12, el 31.9% de individuos sometidos a cirugía mayor presentaron hipotermia, el 17.1% presentó hipotermia a los 60 minutos de la cirugía, la media del tiempo postoperatorio fue de 75 minutos para el desarrollo de hipotermia. La hipotermia intraoperatoria inadvertida aparece hasta en el 20% de los pacientes sometidos a cirugía. La medida preventiva es calentar las infusiones que se van a administrar, proporcionar mantas térmicas y apoyo psicológico al paciente, mantener buena ingesta de líquidos para evitar deshidratación y pérdida de calor, administrar medicación prescrita y vigilar la perfusión tisular de las zonas distales.

- **Hipertermia.-** Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24 - 48 horas. Se debe iniciar la toma de temperatura cada cuatro a seis horas. Aplicar medios físicos y/o antipiréticos, si hay prescripción médica. El mecanismo de la fiebre se produce en el hipotálamo anterior, por la liberación de pirógenos endógenos o exógenos en el centro regulador del hipotálamo.

Urinarias

Retención urinaria.- Definida como la incapacidad temporal de vaciar la vejiga; generalmente es secundaria a efectos adversos de los anestésicos. El tratamiento es mediante la inserción de un catéter para drenar la vejiga hasta que el paciente recupere el control de la misma. A veces, se pueden administrar medicamentos para estimular la vejiga.

Es una complicación muy frecuente en los procedimientos de cirugía general, entre un 5% al 20% de los pacientes postquirúrgicos la presentan. Un estudio realizado en Chile, encontró una prevalencia de retención urinaria aguda del 2.76%.

En todos los casos se manejó con cateterismo intermitente y la prolongación de estadía hospitalaria fue de un día en el 91% de los casos, y dos días en el resto.

La retención urinaria postoperatoria, la incapacidad para evacuar después de la cirugía a pesar de una vejiga llena, generalmente es transitoria, pero puede prolongarse en algunos casos. Puede causar varias complicaciones, como infección del tracto urinario, disfunción de la vejiga a largo plazo y daño renal que conduce a la enfermedad renal crónica.

Las actividades a realizar para evaluar la retención urinaria son: vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante palpación y percusión, estimular el reflejo de la vejiga, insertar un catéter urinario en caso necesario para evacuación.

Gastrointestinales

Estreñimiento.- Es común y generalmente secundaria a fármacos anestésicos, a cirugía intestinal, a la inmovilidad postoperatoria y a opiáceos. El estreñimiento es tratado reduciendo al mínimo el uso de opioides, iniciando la deambulación postoperatoria temprana y si los pacientes no han tenido una cirugía gastrointestinal, dando laxantes estimulantes; además se produce por estímulo inflamatorio, como trauma o infección, un desequilibrio hidroelectrolítico o alteraciones de los niveles de glucosa, inactividad prolongada o cambios en la dieta, especialmente por fibra insuficiente.

Se debe verificar la eliminación intestinal y ruidos intestinales, iniciar tolerancia dietética progresiva, según prescripción médica.

Náusea.- Es una sensación desagradable que precede al vómito. Estos signos postoperatorios producen malestar e insatisfacción del paciente y aumentan la necesidad de cuidados. La náusea y el vómito postoperatorios son una experiencia incómoda y desagradable que también es un factor que contribuye a los resultados adversos en la recuperación postoperatoria. La clave para el manejo de esta preocupación es identificar a los pacientes de alto riesgo y desarrollar un método sistemático de evaluación e intervención dentro del periodo peri anestésico.

Vómito.- Es una complicación frecuente en individuos sometidos a cirugía y que reciben anestesia. En un estudio de pacientes colecistectomizados, se evidenció una mayor frecuencia de náusea y vómito en el grupo en el que se utilizó Dexametasona sola versus Dexametasona más Ondasetrón (41.6% versus 33.3% respectivamente).

Las mujeres (80%) fueron las más afectadas por náusea y vómito, especialmente las más jóvenes (26 a 45 años). La combinación de dos medicamentos con diferente mecanismo de acción, ofrece mejores alternativas especialmente en aquellos pacientes con varios factores de riesgo, como puede ser la colecistectomía laparoscópica, mujeres jóvenes y anestesia general con opioides.

Las actividades para el manejo de náuseas y vómito incluyen administrar alimentos fríos sin olor ni color, administrar antieméticos,

proporcionar apoyo emocional, conseguir un historial dietético, controlar el contenido nutricional, controlar los factores ambientales, higiene bucal frecuente, aumentar la ingesta de líquidos, controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos, prevenir la aspiración y mantener las vías aéreas abiertas.

Distensión abdominal: se produce como consecuencia del trastorno peristáltico debido a la inactividad gastrointestinal con la acumulación del contenido gástrico por efecto de los medicamentos, la anestesia, la manipulación de ciertos órganos durante la cirugía y por la propia inactividad.

El paciente debe recuperar el peristaltismo dentro de las ocho horas posteriores a la cirugía y la función intestinal entre las 48 a 72 horas. Es importante fomentar la deambulación y una dieta adecuada. **Íleo postoperatorio:** es una manifestación anormal de la motilidad gastrointestinal que resulta de la acumulación de gases y fluidos en el tracto gastrointestinal con una disminución o retraso del paso de gases. La causa más frecuente es la cirugía abdominal, aunque otras causas son el dolor en el postoperatorio, el uso de narcóticos como analgésicos, el desequilibrio electrolítico y el reposo prolongado. Otras complicaciones: Íleo y obstrucción, síndrome del comportamiento abdominal, hemorragia gastrointestinal, complicaciones de la estoma, colitis relacionada con antibióticos, fuga en la anastomosis y fistula.

Actividades de Ejecución

Materiales

- Termómetro
- Pulsímetro
- Tensiómetro
- Guantes de Manejo
- Alcohol gel

Bibliografía

Gomis D. Manual de Enfermería teoría más práctica. BarcelBaires Ediciones; 4ª ed. Argentina: AKADIA; 2012; 360-364. 5.
Paul K. Mohabir, Gurney J, Postoperative Care; Merck Manual Professional Version; Last full review/revision May; 2015.

Mendieta E, Minchala R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicos Mediatas y Tardías en Adultos. RevMed HJCA 2018; 10(3): 235 -241. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3.rb.38>

Capítulo 3.

Protocolo de Monitorización de Signos Vitales

Introducción

Los signos vitales son la principal fuente de la evidencia objetiva para poder interpretar como se encuentra nuestro paciente fisiológicamente, cuando hay alguna alteración de esto es por qué se podrá buscar su fuente por alguna complicación o patología que puede presentar el usuario.

La importancia de saber medir correctamente y a su vez saber interpretar sus valores es una actividad muy esencial de enfermería, por el cual el protocolo se enfocará a la adecuada valoración y toma de signos vitales para poder saber en qué condiciones se encuentra el paciente.

Cabe recalcar que, a los pacientes domiciliarios, se les podrá satisfacer las necesidades básicas al momento de prestar la atención de salud, porque se implementan cuidados de calidad desde los más básicos hasta los más complejos, llevando a tener en el paciente una seguridad sobre el personal que lo está atendiendo.

Se aplica así la teoría de Virginia Henderson, el cual se podrá satisfacer la necesidad más básica a nivel fisiológica con el enfoque domiciliario, para poder ejecutar actividades de enfermería y prevenir las complicaciones.

Objetivo

Objetivo General

Identificar la correcta medición de los signos vitales y su adecuada interpretación en los pacientes domiciliarios.

Objetivos Específicos

- Manejar correctamente los materiales para medir los signos vitales.
- Valorar al paciente para la toma de signos vitales.
- Interpretar los valores de signos vitales de rango normal a alterados con su adecuada terminología.

Alcance

Elaborado para una atención domiciliaria en los pacientes que presenten cualquier tipo de patología que requieran la administración de los medicamentos por un profesional de salud.

Va enfocado tanto al estudiante, como a los profesionales de salud-técnicos en enfermería, que realicen la actividad de cuidados domiciliarios en los pacientes adultos mayores.

Responsables

Docentes de la Carrera de Enfermería y profesionales de Salud.

Campo de Aplicación

Este procedimiento se lo podrá realizar a todo tipo de paciente al que se le brinde una atención domiciliaria y requiera de los cuidados de enfermería.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Definiciones

Normotenso.- Nómbrase a la persona cuya tensión arterial está dentro de unos límites normales; de presión arterial normal.

Hipotenso.- Una persona con una presión arterial por debajo de la normal, es decir, una lectura sistólica situada de forma constante entre 85 y 110 mm Hg en un adulto cuya presión arterial que cae cuando el paciente se sienta o se pone de pie.

Hipertenso.- Dícese de la persona con una presión arterial que se mantiene de manera persistente por encima de lo normal, es decir, es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial.

Normocárdico.- Aquella persona que se encuentra dentro de los valores normales en frecuencia cardíaca ósea ente 60 y 90 pulsaciones por minuto.

Bradicárdico.- Descenso de la frecuencia cardíaca en un adulto a 60 latidos por minuto.

Taquicárdico.- Una persona que presenta una frecuencia de pulso excesivamente rápido, generalmente de más de 100 latidos por minuto.

Eupneico.- Paciente con patrón respiratorio normal y regular.

Taquipneico.- Una persona con una respiración anormalmente rápida. Puede ser ocasionada por el agobio físico y el ejercicio, y en esos casos no es peligroso, en tanto que la respiración vuelva a la normalidad pronto.

Bradipneico.- Dícese de la persona que presenta respiración anormalmente lenta, por debajo de la normalidad (menor de 14 mrpm).

Hiperpnea.- Un aumento en la cantidad de aire ventilado, donde el incremento de la respiración es a causa de la demanda, como durante y siguiendo ejercicios o cuando el cuerpo decae en oxigenación.

Hipoventilación.- Es una respiración demasiado superficial o demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo. Si una persona se hipoventila, el nivel de dióxido de carbono en el cuerpo se eleva. Esto ocasiona una acumulación de ácido y muy poco oxígeno en la sangre.

Hiperventilación.- La hiperventilación corresponde a respiraciones muy profundas y rápidas, que significa que la persona está haciendo respiraciones rápidas y cortas utilizando los pulmones.

Normo termia.- Es la temperatura normal que oscila entre los 36,5° a 37,5°C.

Hipotermia.- Es una temperatura corporal central por debajo del límite inferior de lo normal; es decir, un descenso involuntario de la temperatura corporal por debajo de 36°.

Hipertermia.- Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal, mayor a 40°C a consecuencia de una mayor producción del calor, o de una reducción de la pérdida de él, sin que se produzca un ajuste del centro termorregulador.

Febícula/subfebril.- Es una leve elevación de la temperatura por encima de la normal, la temperatura no va más allá de los 38°C. Este aumento es moderado y prolongado.

Desarrollo del Protocolo

Frecuencia Cardíaca (Pulso)

Es el número de veces que se contrae el corazón en un minuto. Se toma en arteria radial (muñeca) o carótida (cuello) en casos más graves. Materiales: reloj con segundero o teléfono con cronómetro. No utilizar el dedo pulgar porque se puede confundir el latido de la persona que está tomando los signos vitales.

Valores Normales:

- Niños de 2 a 10 años: 60 a 140 latidos por minutos.
- Mayores de 10 años: 60 a 100 lat.

Procedimiento:

1. Coloque el reloj en un lugar visible.
2. Elija la arteria donde va a controlar.
3. Apoye la yema de los dedos, de los dedos índice y medio, sobre el punto del pulso y ejerza una presión media.
4. Cuente el número de pulsaciones en un minuto.
5. Observe si está regular y la firmeza.
6. Registre el valor.

Frecuencia Respiratoria

Es el número de respiraciones en un minuto. Es importante controlarla en caso de dificultad respiratoria.

Procedimiento:

1. Es importante no avisar al paciente porque puede provocar cambios en las características de la respiración.
2. Coloque la mano del alumno sobre su tórax y cuente el número de ciclos respiratorios en un minuto (inspiración - espiración =1).
3. Observe ritmo y profundidad, uso de musculatura del cuello (anormal).
4. Registre el valor.

Valores:

- Normal (eupnea) 12 a 20 respiraciones por minuto.
- Aumentada (taquipnea) Más de 21 respiraciones por minuto.
- Disminuida (bradipnea) Menos de 11 respiraciones por minuto.

Temperatura Corporal

Es el grado o intensidad de calor que presenta el cuerpo. La temperatura normal es el resultado del equilibrio establecido entre el calor producido y el calor perdido por el organismo.

La temperatura normal del cuerpo varía según el sitio, la edad, la actividad física, sexo (hay variantes durante el ciclo menstrual) y el momento del día. También aspectos fisiológicos como la alimentación, pueden provocar variabilidad en la cifra de la presión arterial. Los lugares anatómicos en los que se puede tomar la temperatura son: cavidad axilar, cavidad bucal, conducto auditivo, recto, pliegue inguinal, directamente de la piel mediante la aplicación de sensores.

En esta guía se explica exclusivamente la técnica de la toma de la temperatura bucal por efectos prácticos.

La temperatura promedio normal para un adulto es 37° centígrados (o Celsius). Una temperatura menor a 35° C se interpreta como hipotermia. Entre 37,5° C y 37,9° C se denomina febrícula y mayor a 38° C se interpreta como fiebre. Los rangos son diferentes en los neonatos, lactantes y niños.

Procedimiento:

1. Desinfecte el termómetro con alcohol.
2. Despeje la axila.
3. Si la axila está húmeda, seque la axila con toalla de papel dando suaves toques.
4. Encienda el termómetro.
5. Coloque el termómetro en el centro de la axila, cuidando que el bulbo quede completamente cubierto de piel.
6. Doble el brazo del alumno sobre el tórax con los dedos de la mano sobre el hombro opuesto.
7. Mantenga el termómetro hasta que suene la alarma de término.
8. Retire el termómetro y lea el valor obtenido.
9. Limpie el termómetro con una torunda con alcohol.
10. Guarde el termómetro en su vaina en el lugar normado.

Presión Arterial

La presión arterial es la fuerza de la sangre que ejerce sobre las paredes de las arterias. Se obtienen dos resultados:

- Presión Arterial Sistólica: presión cuando se contraen los ventrículos (alta).

- Presión Arterial Diastólica: presión cuando se relajan los ventrículos (baja).

Los factores que controlan la presión arterial son:

- a) El gasto cardíaco que es la cantidad de sangre expulsada por cada ventrículo en un minuto y suele ser de aproximadamente cuatro a cinco litros por minuto en un adulto.
- b) El volumen sanguíneo o volemia.
- c) La elasticidad de las paredes arteriales, casi en su totalidad a nivel de las arteriolas.

En vista de que, una de las principales causas de morbi-mortalidad en Ecuador está relacionada a enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión arterial es tremendamente importante que la toma de ésta sea precisa, y esto se garantiza solamente siguiendo “rigurosamente” cada paso de la técnica.

Procedimiento:

1. Suba la manga de: chaleco, blusa o camisa del alumno.
2. Ponga el manguito dos traveses de dedos sobre el pliegue del codo.
3. Prenda el aparato e inicie.
4. Registre los valores obtenidos.

Actividades de Ejecución

Materiales

- Termómetro digital
- Alcohol pad o torunda de algodón con alcohol
- Reloj con segundero o teléfono con cronómetro
- Pulsímetro
- Estetoscopio
- Tensiómetro

Bibliografía

- Herrera Fernando, Guía Didáctica para Taller de Signos Vitales, Universidad Técnica Particular de Loja, Loja - Ecuador, 2013.
- Bates, B. (2010). Guía de exploración física e historia clínica (10 ed.). Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jonathan S. Williams, M.D., M.M.Sc., Stacey M. Brown, M.S., and Paul R. Conlin, M.D. (2009). Blood Pressure Measurement. *New England Journal of Medicine*, 2009;360:e6.

Capítulo 4.

Protocolo de Cuidados y Curaciones de Heridas

Introducción

Al tener un conocimiento específico el profesional de enfermería tiene la capacidad de realizar curaciones de heridas a nivel domiciliaria, esta actividad está enfocada en el tratamiento, curación y regeneración de tejido que se enfoca en una lesión de cualquier parte cutánea del organismo.

La principal importancia del personal de enfermería es valorar y cumplir protocolos de actuación frente a las heridas para prevenir la infección de la misma, ya que esta suele ser una complicación en los pacientes domiciliarios, por este motivo el cuidador debe siempre implementar los correctivos pertinentes, llevando así a la mejora.

En esta amplia actividad de enfermería verificamos que vamos a cumplir con una necesidad de nuestro paciente, la cual, es buscar su mejora y enfocarlo a que se puede brindar una atención domiciliaria, de esta manera el profesional de salud, cumple la teoría de Virginia Henderson no solo brindando un cuidado en el paciente hospitalario, sino que también se la puede implementar en la comodidad del hogar.

El protocolo brindará las herramientas necesarias, para poder valorar tanto las heridas, así como brindar los cuidados pertinentes para cumplir la efectividad de la intervención de la enfermera/o y del estudiante.

Objetivo

Objetivo General

Brindar cuidados de enfermería en pacientes domiciliarios con lesiones en la piel o por heridas quirúrgicas.

Objetivos Específicos

- Valorar la herida, su color, longitud, aspecto, entre otros aspectos.
- Ejecutar los cuidados de enfermería una vez realizada la valoración cumpliendo las normas asépticas.
- Prevenir complicaciones por heridas infectadas.
- Mantener una correcta alimentación - nutricional para una adecuada cicatrización.

Alcance

Elaborado para una atención domiciliaria en los pacientes que presenten cualquier tipo de patología que requieran la administración de los medicamentos por un profesional de salud.

Va enfocado en el estudiante y en los profesionales de salud - técnicos en enfermería, que realicen la actividad de cuidados domiciliarios en los pacientes adultos mayores.

Responsables

Docentes de la Carrera de Enfermería y profesionales de Salud.

Campo de Aplicación

Este procedimiento se lo podrá realizar a todo tipo de paciente al que se le brinde una atención domiciliaria y requiera de los cuidados de enfermería.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Desarrollo del Protocolo

Herida.- Se define como la pérdida de solución de continuidad o un tejido o la separación de las siguientes estructuras: Piel, fascia, músculo, hueso,

tendones, y vasos sanguíneos. Consiste en un estado patológico en el cual los tejidos están separados entre sí y/o destruidos que se asocia con una pérdida de sustancia y/o deterioro de la función.

Tipos de Heridas

Según la integridad de la piel:

- **Herida Abierta:** Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.
- **Herida Cerrada:** Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarramiento visceral. De acuerdo a la gravedad de la lesión:
 - **Herida Superficial:** Que solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo. Abrasión o quemadura de primer grado.
 - **Herida Penetrante:** Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo, heridas por arma de fuego o puñalada. De acuerdo a la limpieza o grado de contaminación:
 - **Herida Limpia:** Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratorio, digestivo, genitourinario ni cavidad oro faríngea. Cierra sin problemas.
 - **Herida Limpia/ Contaminada:** Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad oro faríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, oro faringe, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.
 - **Herida Contaminada:** Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame

considerable de contenido gastrointestinal, aquí también se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de 4 horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 - 15%.

- **Herida Infectada Sucia:** Se trata de heridas traumáticas más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es >25%.

Procedimiento

- El procedimiento se efectúa entre dos personas.
- Informar al paciente del procedimiento y el por qué se le va a realizar.
- Preparar el material y equipo.
- Ambos operadores practicarán lavado clínico de manos según protocolo.
- Colocarse mascarilla y bata protectora.
- Abrir el equipo de curación y preparar el campo estéril con el material que se va a utilizar.
- Retirar el apósito de manera que no se tenga contacto directo con el interior del mismo, se dobla hacia adentro y se desecha en el lugar indicado.
- Lavado de manos, del operador que realiza la curación, según protocolo.
- Calzado de guantes estériles.
- Realizar la asepsia de la herida con yodopovidona del centro a la periferia, con movimientos circulares; retirar el excedente de yodopovidona con suero fisiológico.

Consideraciones

- Si no se presentan complicaciones las heridas operatorias no deben ser manipuladas en el post operatorio, es decir, no debe ser descubierta, tocada o curada.
- Las heridas quirúrgicas se dejan sin descubrir por lo menos 48 horas posteriores al acto operatorio.
- Toda curación debe ser realizada con técnica aséptica.

- Se realizará el lavado clínico de manos, según protocolo, antes y después del procedimiento.
- Todo material utilizado en la curación debe ser estéril.
- La herida operatoria debe mantenerse seca, no se recomienda el uso de gasa con antiséptico sobre ella debido a que la mantiene húmeda.
- La periodicidad de las curaciones se establecerá según la necesidad de mantener seca la herida operatoria.
- Toda herida infectada debe ser manejada con precauciones estándar.
- Todo material contaminado debe eliminarse según norma.
- El Profesional de Salud debe observar diariamente las heridas quirúrgicas siguiendo el proceso de cicatrización. Considerar los factores de riesgo del paciente incluido los ambientales.
- Hacer uso racional de los antimicrobianos.
- La preparación pre quirúrgica adecuada es un factor coadyuvante a la prevención de infección de herida operatoria.

Actividades de Ejecución

Materiales

- Equipo de curación
- Bata protectora
- Mascarilla
- Guantes estériles
- Gasa estéril
- Solución antiséptica (yodopovidona espuma y solución)
- Protectores de cama (solera)
- Parche adhesivo
- SSN 0.9%
- Producto indicado para curación según:
 - Apósitos estériles
 - Bolsa roja para desechos
 - Riñonera

Anexos

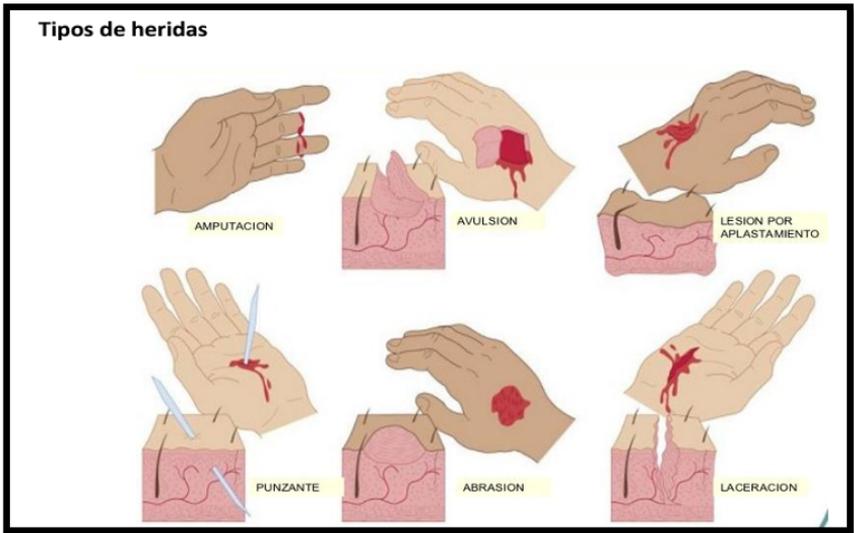


Figura 3. Tipos de Heridas.
Fuente: (Abreu, Jorge P. Vela, 2020)

Bibliografía

- Abreu, Jorge P. Vela. Cirugía para el estudiante y médico general. Mendez, 2020. ATS/DI Atención Especializada Del Instituto Catalán de la Salud. Temario vol. 2. Páginas 28-30.
- Anitua E. The use of plasma-rich growth factors (PRGF) in oral surgery. Pract Proced Aesthet Dent. 2001;13:487-93.
- F.X. Martí-Mestre y col.: Resultados preliminares de la aplicación de factores de crecimiento en el tratamiento de las úlceras vasculares, ANGIOLOGÍA 2005; 57: 335-43
- Montón Echeverría, J., Pérez Redondo, S., Gómez Bajo, G. J., Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete España. Experiencia clínica en el empleo de factores de crecimiento autólogos obtenidos de plasma rico en plaquetas Cir.plást. iberolatinoam. - Vol. 33 - Nº 3 Julio - Agosto - Septiembre 2007 / Pag. 155-162.
- Marinel-Lo Roura, J., 2005: "Úlceras de la extremidad inferior", Ed. Glosa, Barcelona.

Solano C, Barcons C, Orozco L. Guía de utilización del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF). L'Hospitalet: Hospital General de l'Hospitalet; 2003.

Capítulo 5.
Protocolo de Administración de
Tratamiento para el Control del
Dolor en Pacientes en Cuidados
Paliativos

Introducción

El dolor es un problema que interfiere de forma importante en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares, siendo catalogado por los mismos como el síntoma más importante e incapacitante. A pesar de su alta prevalencia, continúa sin ser adecuadamente tratado, tanto por su diagnóstico como por la falta de formación y conocimiento de las herramientas disponibles, para su evaluación y tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios.

La IASP (International Association for the Study of Pain) define el dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”. Es un síntoma subjetivo, único para cada persona y momento, que depende del aprendizaje, modula o puede ser modulado por distintas emociones, comportamientos o fenómenos externos, y afecta a una o varias esferas personales (física, psicológica, social o espiritual).

La prevalencia del dolor oncológico varía en función del estadio de la enfermedad, estimándose una prevalencia del 24-30 % en estadios iniciales, y hasta un 60-90% en enfermedad avanzada.

Objetivo

Objetivo General

Valorar al paciente en atención domiciliaria e implementar las diferentes escalas para el dolor ejecutando los cuidados pertinentes de enfermería.

Objetivos Específicos

- Ejecutar las diferentes escalas del dolor.
- Implementar cuidados de enfermería tanto farmacológicos y no farmacológicos.
- Favorecer el bienestar del paciente, para medir su satisfacción.

Alcance

Elaborado para una atención domiciliaria en los pacientes que presenten cualquier tipo de patología que requieran la administración de los medicamentos por un profesional de salud.

Va enfocado tanto al estudiante y como a los profesionales de salud - técnicos en enfermería, que realicen la actividad de cuidados domiciliarios en los pacientes adultos mayores.

Responsables

Docentes de la Carrera de Enfermería y profesionales de Salud.

Campo de Aplicación

Este procedimiento se lo podrá realizar a todo tipo de paciente al que se le brinde una atención domiciliaria y requiera de los cuidados de enfermería.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Definiciones

Cáncer avanzado.- Enfermedad oncológica en progresión; sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa, curación o mejoría.

Enfermedad oncológica en etapa avanzada.- Se preferirá este término al de “terminal”, para hacer referencia a la presencia de una enfermedad grave, progresiva y en la que no existen posibilidades de

respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.

La ambigüedad de la frase "paciente terminal" es obvia e implica dificultades para usarla. El concepto "terminal" lleva implícita la idea de que todo está terminado, y que no hay tiempo u oportunidad para hacer más, y que cualquier iniciativa de tratamiento activo está injustificada.

Al respecto, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la enfermedad terminal como una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades o con escasas posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en la persona, en la familia y en el equipo terapéutico. Está muy relacionado con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida limitado.

Cuidados Paliativos.- Consisten en la asistencia total y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay posibilidad de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida. Es el cuidado activo y global del paciente y la familia, brindado por un equipo multidisciplinario cuando la enfermedad del paciente se considera no susceptible de tratamiento curativo (OMS, 1994).

Dolor en pacientes con cáncer avanzado.- El dolor es de origen multicausal y de naturaleza compleja, la definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, Seattle, Washington) es: "El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo, cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional.

Desarrollo del Protocolo

El dolor es el síntoma que más angustia genera al paciente y la familia. Esta situación determina la necesidad de aplicar un enfoque terapéutico diferente, ya que en el paciente terminal el tiempo adquiere una dimensión crucial. Se han desarrollado diferentes escalas

de evaluación del dolor para evaluar, reevaluar y comparar el dolor. Su aplicación fundamental es la valoración de la respuesta al tratamiento. La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud, está compuesta por tres escalones en los que aparecen los diferentes fármacos y su forma de empleo; no obstante, presenta limitaciones. Algunos autores proponen la variante del Ascensor Analgésico basado en el concepto de inmediatez en la respuesta y la selección analgésica inmediata facilitada por una continua evaluación del dolor mediante la escala de evaluación analógica la cual se convierte en su botón de alarma.

Clasificación del dolor

Según la duración se clasifica como:

- **Agudo:** indica la existencia de una lesión tisular tras la activación de mecanismos nociceptivos. Se le considera “útil”, ya que avisa la existencia de un proceso cuyo diagnóstico se orienta por su naturaleza, extensión, duración e intensidad. Su duración por lo general es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses, con un comienzo definido y una causa reconocible. Puede acompañarse de ansiedad, el tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad.
- **Crónico:** constituye por sí mismo una entidad nosológica, su cronificación disminuye el umbral de excitación y produce modificaciones psíquicas que dan lugar a la “fijación del dolor”. Es un dolor “inútil”, sin valor semiológico y sin propiedades fisiológicas reparadoras, su tratamiento debe incluir tres vertientes: farmacológica, psicológica y rehabilitadora.

Este tipo de dolor persiste tras un periodo razonable después de la resolución del proceso originario, no siendo útil para el sujeto e imponiendo al individuo, así como a su familia a un severo estrés físico, psíquico o económico, siendo además la causa más frecuente de incapacidad, constituye un serio problema para la sociedad. Tiene una duración de tres a seis meses o superior. La causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad algica y el dolor eruptivo (exacerbaciones transitorias en forma de crisis de elevada intensidad, instauración rápida y corta duración; se produce sobre el dolor crónico).

Tipos de Dolor

Por sus características fisiológicas o farmacológicas se distinguen los siguientes tipos (8, 9, 11):

- Dolor nociceptivo que puede ser somático (cuando se estimulan los receptores del dolor específicos en los tejidos cutáneos y conjuntivos profundos; cuanto más superficiales sean esos receptores mejor será la localización del dolor); y visceral (se produce por la lesión, distensión, obstrucción o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos)
- Dolor neuropático: causado por la lesión o la destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central, de características lancinantes, “como un latigazo” y de difícil control.
- Dolor mixto: con características de ambos grupos. La mayoría de los pacientes presentan dos o más tipos de dolor pudiendo ser de distinta patogenia (nociceptivo, neuropático, etc.), diversa patocromia (agudo o crónico) y de distinta etiología (invasión tumoral, tratamiento, infección).

Escalas e Instrumentos de Medición

Se han desarrollado escalas de evaluación con el objetivo de evaluar, reevaluar y comparar el dolor, su aplicación fundamental es la valoración de la respuesta al tratamiento, más que el diagnóstico. Los instrumentos diseñados son subjetivos, siendo la base de la intensidad del dolor lo que refiere el propio paciente, los hay que miden una única dimensión y los multidimensionales. Las escalas deben contemplar las deficiencias cognoscitivas del lenguaje y las sensoriales, y las unidimensionales más empleadas en la práctica clínica son (8, 12, 13):

- a) Escala numérica de intensidad de dolor. Valora el dolor mediante números que van de mayor a menor en relación con su intensidad, las más empleadas van del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor. Es clave en personas que padecen de trastornos visuales importantes. Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala.
- b) Escala descriptiva simple de intensidad de dolor. El paciente expresa la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el peor dolor posible.

- c) Escala visual analógica (EVA). Es el método subjetivo más empleado. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señalan los niveles de dolor mínimo y máximo. El paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal.
- d) Escala de círculos y colores. Evalúa la intensidad del dolor en correspondencia con la de los colores de los círculos.

Tratamiento Farmacológico del Dolor

Tabla 2. Tratamiento farmacológico del dolor

| PELDAÑO O ETAPA | | FÁRMACO BASE | ALTERNATIVAS | PRECAUCION |
|--|--|---------------------------------------|---|---|
| 1. Dolor leve a moderado | AINE c/s coadyuvante | Paracetamol Metamizol | -Ibuprofeno -Indometacina -Diclofenaco sódico -Naproxeno -Ketoprofeno -Ketorolaco | Rotar AINES cada 7 - 10 días. Dosis equianalgésicas. Utilizar antagonistas de los receptores H ₂ , ranitidina 300 mg día. omeprazol (20 mg/día) Inhibidores de la bomba de protones, 20 mg. También deben rotarse cada 15 días. Monitorear permanentemente efectos adversos. |
| 2. Dolor persistente o moderado a severo desde el inicio | AINE + *Opiode débil* (c/s coadyuvante) | Codeína* Tramadol de acción rápida | -Tramadol de acción sostenida. - Oxidodona liberación controlada. | Utilizar antagonistas de los receptores H ₂ , ranitidina 300 mg día. omeprazol (20 mg/día) Inhibidores de la bomba de protones, 20 mg. Si náuseas/vómitos, agregar metoclopramide/ tietilperazina /dexametasona oral o ev y considerar uso de corticoides como betametasona también como coadyuvante en tumores cerebrales y espinales. También deben rotarse cada 15 días. Al cambiar tener presente dosis equianalgésicas. |
| 3. Dolor persistente o severo desde el inicio | AINE + *Opiode potente* (c/s coadyuvante) | Morfina de acción rápida. Metadona | -Oxicodona de liberación controlada -Morfina de acción sostenida. -Parches de Fentanilo*** -Parche de uprenorfina*** | Al cambiar tener presente la conversión por dosis equianalgésicas |

Fuente: ANALGÉSICOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTERIOIDALES (AINES)
(Uso en Primer Peldaño Escalera Analgésica OMS, DOLOR LEVE)

Disponer de anti-inflamatorios no esteroideos, opioides débiles, opioides potentes y fármacos coadyuvantes, solos o en combinación, son la base para aliviar el dolor por cáncer.

Son usados inicialmente como única terapia en dolor leve y acompañan a los opioides en las etapas sucesivas. Dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo. Potencian la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado e intenso.

Constituyen un grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, anti-inflamatoria y antipirética. Tienen techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico. Son analgésicos de acción esencialmente periférica (a nivel tisular), aunque se ha demostrado recientemente para algunos de ellos acción de tipo central.

Anexos

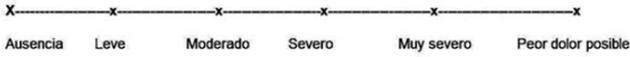
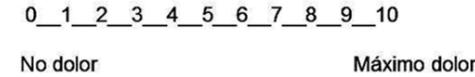


Figura 4. Escala Valoración Dolor.
Fuente: (Ministerio de salud de Chile, 2021)

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra. OMS; 2005.

Guidance on cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with cancer. Economic Review. National Institute for Clinical Excellence, 2004

Ministerio de Salud de Chile, Guía Clínica Alivio del dolor por cáncer avanzados y cuidados paliativos, 2021.

Capítulo 6.
Protocolo de Baño en Cama y
Cambios Posturales del Paciente
Encamado

Introducción

El siguiente protocolo se encuentra dirigido a los estudiantes Técnico Superior en Enfermería, quienes estarán con los pacientes cuidándolos día a día. Uno de todos los cuidados diarios es el baño en cama; el cual, consta de limpiar el cuerpo con agua y jabón a un paciente que se encuentra incapacitado presentando dificultad para su movilización física autónoma, promoviendo así hábitos de higiene personal, detectar un signo patológico en la piel, activar la circulación periférica, ejercitar músculos y extremidades, eliminar fluidos corporales del paciente como el sudor o secreciones y a nivel general brindarle comodidad y confort (Guevara Lozano Maryory & Laverde Contreras Olga Lucía, 2015).

En el siguiente documento (Ortiz Javier, 2018) refiere que, para Virginia Henderson, la función de la enfermería consiste en asistir a los individuos, sanos o enfermos, en todas las actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación, o en el caso pertinente, a su muerte serena, para lo que emplea los planes de cuidados. Los cuidados están destinados a suplir los déficits de autonomía del individuo y así lograr la satisfacción de las necesidades fundamentales de este, dentro de las cuales se encuentra la necesidad de mantener la higiene corporal. Los cuidados empleados para satisfacer esta necesidad se basan en mantener un buen estado cutáneo, con el fin de proteger la primera barrera de nuestro organismo, la piel (pag. 6).

Finalmente, los estudiantes técnicos superior en enfermería seguirán el modelo de Virginia Henderson basado en el cuidado de las 14 necesidades básicas del ser humano adaptada al cuidado comunitario de pacientes que residen en el Cantón Rumiñahui, siendo un apoyo fundamental para el paciente que en cierto porcentaje perdió su autonomía personal, dependiendo de otra persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, teniendo en cuenta como se realiza de buena manera el baño en cama al paciente, cuando se encuentra indicado, observaciones a tomar en cuenta, cuidados de enfermería, el procedimiento descrito en orden y como adaptarse a realizar esta técnica en la casa con los materiales que se tengan y evitando complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente (Pavón Reyes Juan Manuel et al., 2018).

Objetivo

Objetivo General

Estandarizar los procedimientos e intervenciones de enfermería en el baño en cama y cambios posturales a pacientes encamados ambulatorios que viven en el Cantón Rumiñahui y barrios aledaños.

Objetivo Específico

- Enseñar cómo se realiza el baño en cama a un paciente encamado, preservando en todo momento la privacidad e intimidad del paciente.
- Conocer la manipulación correcta para los cambios posturales al paciente en cualquier procedimiento a realizar con el fin de evitar y prevenir complicaciones en su salud.
- Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

Alcance

El alcance de este protocolo referente al baño en cama y cambios posturales del paciente será de tal magnitud que los técnicos superior en enfermería atiendan las 14 necesidades de Virginia Henderson de los pacientes que requieran cualquier tipo de cuidado de salud y que estos se encuentren en sus domicilios dentro de las parroquias y barrios que conforman el Cantón Rumiñahui, a su vez también a pacientes que hayan sido atendidos en el RUMI MEDIC CENTER, quienes dependiendo de sus diagnósticos clínicos deben estar al cuidado directo constante de un profesional de salud que lo cuide y disminuya factores que compliquen o pongan en peligro su estado hemodinámico.

Siendo así, se necesita un documento que respalde los procedimientos a poner en práctica al momento de estar con el paciente y manipularlo ante cualquier cuidado que este requiera. Por ende, es muy indispensable que el Técnico Superior en Enfermería fundamente sus actuare que realizará al paciente ante cualquier necesidad existente.

Responsables

Los responsables encargados de poner en práctica el procedimiento, intervenciones y cuidados de enfermería en correspondencia al baño en cama y cambios posturales del paciente encamado son los estudiantes Técnicos superior en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui los cuales proporcionarán cuidados diarios dependiendo de la patología existente a pacientes directamente en sus domicilios dentro del Cantón Rumiñahui.

Campo de Aplicación

En el protocolo presentado se estandarizan los cuidados de enfermería antes, durante y después del baño en cama y cambios posturales del paciente encamado con el fin de prevenir complicaciones en la salud del paciente. El cual se pondrá en acción con cualquier tipo de paciente que necesite suplir algún tipo de necesidad de la vida diaria y que éste resida dentro del Cantón Rumiñahui, recalcando que no habrá criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta que los cuidados se ofrecerán a todos los pacientes que necesiten de cuidados directos de los estudiantes Técnicos Superiores en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui en sus domicilios brindando en todo momento comodidad y confort.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral

individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones Generales

El siguiente protocolo será aplicable para todo tipo de persona que se encuentre imposibilitado de levantarse de su cama y vaya por sí solo a la ducha para bañarse, por lo cual se crea este documento para que esta necesidad sea realizada en la cama con la técnica necesaria, poniendo en práctica estrictamente los cambios posturales al paciente que se le deben realizar durante todo el día para preservar su circulación, sistema y evitar complicaciones en la integridad de su piel principalmente, detallándose definiciones generales que se manejarán durante la realización de todo el procedimiento, materiales a utilizar y los cuidados de enfermería a ofrecerse (Secretaría de Salud, 2020).

Tomar en cuenta que, para el baño en cama lo debe realizar una persona capacitada, preservar la intimidad el paciente antes, durante y después del baño, pedirle su consentimiento al paciente para manipularlo, en cuanto a los cambios posturales, seguir las indicaciones de horarios y posiciones a adoptar como por ejemplo moverlo en sentido de las manecillas del reloj, utilizar medios físicos como almohadas para que adopte la nueva posición y por último hidratar la piel del paciente en cada movimiento con el fin de prevenir el apareamiento úlceras por presión (Méndez Zacapa Leticia & Rodríguez Cárdenas Marlen, 2018).

Definiciones

Úlceras por presión.- Pérdida de la integridad cutánea en un área de la piel ocasionada por una presión excesiva sobre la misma impidiendo la irrigación sanguínea a dicha zona, es común que ocurra donde existen prominencias óseas como: tobillos, codos talones y cadera (Méndez Zacapa Leticia & Rodríguez Cárdenas Marlen, 2018).

Caídas.- La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (Secretaría de Salud, 2020).

Baño en cama.- Procedimiento mediante el cual se proporciona higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas brindándole al paciente comodidad y confort (Guevara Lozano Maryory & Laverde Contreras Olga Lucía, 2015).

Paciente encamado.- Persona que por diferentes complicaciones en su salud tiene restringido su movilidad física, imposibilitando la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (Méndez Zacapa Leticia & Rodríguez Cárdenas Marlen, 2018).

Desarrollo del Protocolo

Materiales

Materiales a utilizar en el baño en cama del paciente:

- Toalla de baño
- Jabón con jabonera
- Biombo, si es necesario
- Peinilla, tijeras o corta uñas
- Camisón o ropa personal
- Lavacara con agua caliente
- Jarra con agua bien caliente
- Bidet o pato
- Toallita o esponja
- Canasta de papel
- Equipo para masajes
- Ropa de cama si hay necesidad
- Equipo para cuidado de boca
- Equipo para ducha perineal
- Papel periódico (Lamotte Moya Silvia Erenia, 2021)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería

Observaciones

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después del baño en cama y cambios posturales al paciente encamado, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones durante la realización del procedimiento:

- Preservar en todo momento la privacidad del paciente dentro de su domicilio.

- Solicitar si se requiere de un familiar para realizar el baño en cama con el fin de prevenir caídas del paciente.
- Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario respetando las preferencias del paciente.
- Valorar la colaboración del paciente y familia durante la realización del procedimiento.
- Comprobar el grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con la ayuda y supervisión del personal asignado.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre.
- Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado cuidando de que la vía endovenosa no sea afectada.
- Recordar que los cambios posturales se deben realizar cada dos a tres horas al día, alternando las posiciones anatómicas como: decúbito supino, posición semifowler, decúbito lateral izquierdo o derecho.
- En cada cambio de posición al final dejar al paciente seguro con almohadas a los lados que sirvan como apoyo para evitar caídas.
- Hidratar la piel del paciente con masajes suaves para favorecer la circulación sanguínea en todo el cuerpo del paciente (Llanes BC, 2020).

Procedimiento

Baño en Cama

Para la realización del baño en cama a pacientes encamados en sus domicilios, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles complicaciones, los cuales son:

1. Adecuar el espacio físico donde se va a realizar el procedimiento;
2. Explique al paciente el procedimiento;
3. Lavarse las manos;
4. Prepare el equipo y llévelo al cubículo del paciente;
5. Coloque el equipo en el velador, la ropa de cama y personal sobre la silla;
6. Proporcione privacidad al paciente, cierre ventanas de la casa, proteja el piso con periódico y coloque el balde para recibir el agua sucia;
7. Ofrezca el bidet o pato al paciente y ayúdelo en esta actividad, lávese las manos;
8. Realice la higiene bucal según la técnica;

9. Colocar en la cabecera de la cama fundas de plástica y empiece lavando la cabeza del paciente;
10. Retire el pijama del paciente;
11. Coloque la toalla de baño sobre el pecho y lave o ayúdelo en el aseo bucal, según técnica;
12. Coloque la toalla del baño bajo la cabeza y hombros del paciente;
13. Realice un guante con la toallita pequeña, de forma que los extremos de los dedos queden protegidos;
14. Lave los ojos, sin jabón, del ángulo interno al externo;
15. Siga con el lavado de la frente, ambos lados de la cara, oreja, y cuello, usando jabón si el paciente desea;
16. Enjuáguelo y séquelo;
17. Ponga la toalla debajo del brazo distal, enjabone, enjuague y seque iniciando por la muñeca hacia el hombro y terminando en la axila, en forma circular;
18. Realice lo mismo en la otra extremidad;
19. Sumerja las manos del paciente en la lavacara con agua, lávelas y limpie las uñas. Observe el color de la mano y los lechos inguinales al secarlos;
20. Coloque la toalla sobre el tórax y abdomen y deje la sábana hasta la región supra púlica;
21. Enjabone, enjuague y seque el tórax, trabajando bajo la toalla;
22. Enjabone, enjuague y seque el abdomen, observe la respiración, distensión o hipersensibilidad abdominal;
23. Asegúrese que los pliegues de la piel estén secos y limpios, en especial en mamas y ombligo;
24. Cubra al paciente hasta hombros;
25. Descubra la pierna distal y coloque una toalla bajo ella, flexiónela y enjabone;
26. Ponga al paciente en posición decúbito lateral derecho o izquierdo, enjabone, enjuague y seque la parte posterior del paciente;
27. Coloque al paciente decúbito supino de nuevo para que lo enjabone, enjuague y seque la región genital, si el paciente puede hacerlo, deje los objetos a su alcance. De preferencia realice ducha perineal;
28. Lávele las manos al paciente, en caso de haberse realizado él mismo el aseo genital, o usted, en caso de habérselo realizado;
29. Vista al paciente, pénelo y póngale desodorante;
30. Arregle la cama según técnica;
31. Deje al paciente en una posición cómoda;

32. Deseche el material utilizado en los basureros correspondientes;
33. Retire el material de la habitación del paciente (Méndez Zacapa Leticia & Rodríguez Cárdenas Marlen, 2018).

Anexos

| ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Alto riesgo: Mayor a 2 puntos | | |
| CAÍDAS PREVIAS | No | 0 |
| | Si | 1 |
| MEDICAMENTOS | Ninguno | 0 |
| | Tranquilizantes- sedantes | 1 |
| | Diuréticos | 1 |
| | Hipotensores(no diuréticos) | 1 |
| | Antiparkinsonianos | 1 |
| | Antidepresivos | 1 |
| | Anestesia | 1 |
| DEFICITS SENSITIVO-MOTORES | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales | 1 |
| | Alteraciones auditivas | 1 |
| | Extremidades (parálisis, paresia...) | 1 |
| ESTADO MENTAL | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| | Normal | 0 |
| DEAMBULACIÓN | Segura con ayuda | 1 |
| | Insegura con ayuda/sin ayuda | 1 |
| | Imposible | 1 |
| | | |
| EDAD | < 70 años | 0 |
| | > 70 años | 1 |

Figura 5. Escala de riesgos de caídas (J.H.DOWNTON).
Fuente: (Marques Severo Isis et al., 2018).

| ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE | | |
|---------------------------------------|--|----|
| CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses) | No | 0 |
| | Si | 25 |
| DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | No | 0 |
| | Si | 15 |
| AYUDA PARA DEAMBULAR | Reposo en cama. Asistencia de enfermería | 0 |
| | Bastón/Muletas/Andador | 15 |
| | Se apoya en los muebles | 30 |
| VÍA VENOSA | No | 0 |
| | Si | 20 |
| DEAMBULACIÓN | Normal/Inmovilizado/en reposo en cama | 0 |
| | Débil | 10 |
| | Alterada. Requiere asistencia | 20 |
| CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL | Consciente de sus limitaciones | 0 |
| | No consciente de sus limitaciones | 15 |

Figura 6. Escala de Riesgos de Caídas Morse.
Fuente: (Marques Severo Isis et al., 2018).

Bibliografía

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
- Guevara Lozano Maryory, & Laverde Contreras Olga Lucía. (2015). Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. *Índice de Enfermería*, 24, 76-80.
- Lamotte Moya Silvia Erenia. (2021). Cuidados de enfermería humanistas en el paciente geriátrico. *Revista Cubana de Enfermería*, 37.
- Llanes BC. (2020). Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. *Rev Cuba Enf*, 36, 1-15.
- Méndez Zacapa Leticia, & Rodríguez Cárdenas Marlen. (2018, July). Manual de Procedimientos del Servicio de Labor. [https://www.fcsalud.mx/Enfermeria/Docs/Practica clinica/MANUALES/LABOR T.Pdf](https://www.fcsalud.mx/Enfermeria/Docs/Practica_clinica/MANUALES/LABOR_T.Pdf).
- Ortiz Ortiz Javier. (2018, June). Importancia de la higiene en el paciente encamado. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35305/TFGL2333.pdf?3Bjsessionid%3D9DOE25DB8DF125D42A5D534DABEB065B?Sequence=1>.
- Pavón Reyes Juan Manuel, Rivera Moreno Leticia, & Vázquez Pérez Adrián. (2018). Cuidados de enfermería a pacientes encamados. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com*.
- Secretaria de Salud. (2020, January). Técnicas Generales de Enfermería. [http://data.salud.cdmx.gob.mx/manuales/tec gen enfermeria.pdf](http://data.salud.cdmx.gob.mx/manuales/tec_gen_enfermeria.pdf)
- Cid Ruzafa Javier, & Damián Moreno Javier. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 21, 127-137.
- Marques Severo Isis, De Souza Kuchenbecker Ricardo, Villas Boas Vieira Débora Feijó, De Fátima Lucena Amália, & De Abreu Almeida Miriam. (2018). Factores de riesgo para caída en pacientes adultos hospitalizados: un estudio caso-control. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 1-9.
- Olivera María Eugenia, García Mónica Carolina, & Manzo Rubén Hilario. (2021). El Alcohol como Antiséptico y Desinfectante. *Bitacora Digital*, 7.
- Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montev.)*, 10(1), 3-17.

Capítulo 7.
Cuidados Específicos a los Adultos
Mayores y Pacientes Geriátricos

Introducción

El siguiente protocolo hace referencia a la importancia de brindar cuidados de enfermería a los adultos mayores en su etapa de envejecimiento, siendo esta una herramienta que brinda directrices sobre como preservar su autonomía personal, temas específicos como: llevar una alimentación saludable, realización de ejercicios físicos activos o pasivos según su nivel de condición física, actividades de la vida diaria como vestirse, higiene corporal y personal. También se plantea estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades que hoy en día se encuentran más latentes y afectan con mayor frecuencia a los pacientes geriátricos (Lamotte Moya Silvia Erenia, 2021).

En lo concerniente a la alimentación saludable para los adultos mayores consta en el contenido nutricional que estos aportan para el organismo, fundamentos para fortalecer su estado ánimo y evitar enfermedades crónicas no transmisibles. Por otro lado, fomentar y realizar actividad física por medio de ejercicios activos o pasivos ayudan a conservar su fuerza para mantener su nivel de independencia, mejorar su equilibrio para evitar caídas o lesiones que compliquen su salud, poseer más energía para que realicen las actividades que sean de sus preferencias, teniendo en cuenta su condición física con el fin de adaptar un régimen de ejercicios diarios personalizados.

Para las actividades como vestirse y la higiene personal siempre se preservará la autonomía personal de paciente dejándolo que tome sus propias decisiones de como quiere vestirse respetando preferencias y gustos, el personal de enfermería en este ámbito actuará en vigilar que no se ocasione ningún tipo de daño, lesión o caída durante la realización de esta actividad, si es un paciente encamado se tendrá mucho cuidado al momento de la vestimenta en manipular vías periféricas, apósitos, heridas o cualquier dispositivo médico al cual el paciente se encuentre conectado (Lamotte Moya Silvia Erenia, 2021).

Por último, los estudiantes técnicos superior en enfermería utilizarán este protocolo con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas diarias de los pacientes para su cuidado directo dentro de su domicilio, cuidando día a día a los adultos mayores que necesitan de su ayuda para la realización de actividades que talvez por alguna patología o temas de edad avanzada no la puedan realizar. Finalmente, lo que se trata con este documento es estandarizar técnicas y procedimientos del

ámbito clínico al comunitario para lograr que se sienta bien consigo mismo (Lamotte Moya Silvia Erenia, 2021).

Objetivos

Objetivo General

Estandarizar los cuidados diarios de enfermería a pacientes adultos mayores y geriátricos ambulatorios que viven en el Cantón Rumiñahui por medio de técnicas y procedimientos bien ejecutados para mantener y fortalecer en buen estado la salud.

Objetivos Específicos

- Enseñar los principales cuidados en la alimentación, ejercicios físicos e higiene corporal que se deben ofrecer a los adultos mayores en sus domicilios diariamente.
- Enseñar a los adultos mayores como deben realizar las actividades de la vida diaria con el fin de prevenir eventos adversos que pongan en peligro su vida.
- Fomentar la promoción de la salud por medio de técnicas saludables y prevención de enfermedades evitando hábitos tóxicos, para evitar complicaciones en la salud de los adultos mayores.

Alcance

El alcance de este protocolo referente al cuidado diario de los adultos mayores y pacientes geriátricos será de tal magnitud que los técnicos superior en enfermería atiendan las 14 necesidades de Virginia Henderson de los pacientes que requieran cualquier tipo de cuidado de salud y que estos se encuentren en sus domicilios dentro de las parroquias y barrios que conforman el Cantón Rumiñahui, a su vez también a pacientes que hayan sido atendidos en el RUMI MEDIC CENTER, quienes dependiendo de sus diagnósticos clínicos, deben estar al cuidado directo constante de un profesional de salud que lo cuide y disminuya factores que compliquen o pongan en peligro su estado hemodinámico. Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento es un factor que hace que las personas sean más propensas a contraer enfermedades y accidentes que afecten considerablemente a su salud. Por ende, es muy indispensable que el

Técnico Superior en Enfermería fundamenta los actuareos que se le realizará al paciente ante cualquier necesidad que este presente.

Responsables

Los responsables encargados de poner en práctica el procedimiento, intervenciones y actuareos de enfermería a los adultos mayores y pacientes geriátricos son los estudiantes Técnicos Superior en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui, quienes proporcionarán cuidados de salud domiciliarios dentro del Cantón Rumiñahui.

Campo de Aplicación

En el protocolo presentado se priorizan los cuidados de enfermería que se deben brindar en la alimentación, actividad física e higiene corporal de los adultos mayores y pacientes geriátricos con el fin de fortalecer su salud y prevenir enfermedades. El cual se pondrá en acción con cualquier tipo de paciente que necesite suplir algún tipo de necesidad de la vida diaria y que éste resida dentro del Cantón Rumiñahui, recalcando que no habrá criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta que los cuidados se ofrecerán a todos los pacientes que necesiten de cuidados directos de los estudiantes Técnicos Superiores en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui en sus domicilios, ya sea para prevención de complicaciones o de seguimiento constante.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral

individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones Generales

El siguiente protocolo será aplicable para todo tipo de persona adulta mayor o paciente geriátrico, detallándose definiciones generales que se manejarán durante la realización de todo el cuidado como: materiales a utilizar, procedimiento en forma ordenada e indicaciones importantes a tomar en cuenta (Vinces Santana Gema Xiomara, 2019)

Dentro de las más primordiales, valorar el estado del domicilio, barreras físicas que pueden causar accidentes físicos, familiares que se encuentren a su cuidado, grado de dependencia del paciente, alguna patología de base, medicación que haya sido prescrita por el médico, cualquier tipo de discapacidad del adulto mayor y las preferencias actuales en temas de su diario vivir (Vinces Santana Gema Xiomara, 2019).

Definiciones

Envejecimiento.- Proceso multifactorial asociado al apareamiento de un descenso gradual de varias capacidades físicas, mentales o sociales relacionadas a la acumulación de varios años a lo largo de la vida, los cuales hacen que las personas sean más propensas a contraer enfermedades y en estancias más fuerte la muerte (Piña Morán Marcelo et al., 2022).

Adulto Mayor.- Aquella persona que tiene 65 o más años de edad (Piña Morán Marcelo et al., 2022).

Paciente Geriátrico.- Persona que presenta una edad avanzada asociada a varias enfermedades o polifarmacia que perjudique su estado de salud y que ésta posee un grado de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (Chisag Guaman María María, 2019).

Alimentación Saludable.- Aporte de nutrientes beneficiosos para el equilibrio del organismo humano, caracterizado por tener un alto contenido de alimentos ricos en propiedades que benefician a mantener el buen funcionamiento del cuerpo humano indistintamente de la edad que se tenga (Ortiz Segarra José Ignacio et al., 2019).

Desarrollo del Protocolo

Materiales

Materiales a utilizar durante la alimentación oral del paciente:

- Sorbetes
- Dieta prescrita
- Media sábana o mantel
- Jabón neutro
- Agua
- Registros
- Servilletas
- Bandeja
- Lavacara o recipiente
- Mesa de apoyo
- Toalla
- Utensilios de vajilla (cubierto, plato, vaso)
- Toallita desechable de papel (Llanes BC, 2020)

Materiales a utilizar en la asistencia en la vestimenta e higiene corporal del adulto mayor:

- Ropa del paciente
- Funda para desechos
- Cepillo de dientes
- Pasta dental
- Crema humectante
- Agua
- Gasas
- Guantes de manejo
- Suero fisiológico
- Vaselina
- Vaso desechable
- Algodón
- Jabón
- Recipiente o lavacara
- Toalla de papel desechable (Elers Mastrapa Yenny et al., 2020)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería

Observaciones

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después de la asistencia en la alimentación e higiene corporal del adulto mayor o paciente geriátrico, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones:

- En cuanto a los alimentos respetar preferencias del paciente.
- Indagar sobre posibles alergias alimentarias.
- Conocer el diagnóstico o estado de salud del paciente.
- En caso de que pose alguna patología o edad avanza y no pueda alimentarse por sí solo, tener en cuenta las siguientes indicaciones:
 - En pacientes adultos de edad avanzada, con cualquier tipo de alteración neurológica: se debe administrar cantidades pequeñas de alimentos, valorar masticación, deglución y fatiga al momento de comer, tomarse el tiempo necesario.
 - Preguntar al paciente en qué orden desea comer y cortar la comida en piezas suficientemente pequeñas para evitar atragantamientos.
 - Ofrecer líquidos cuando lo solicite, de preferencia en cada pausa después de la deglución.
- Vigilar si existe náuseas o vómitos después de las comidas para tomar las medidas necesarias en el ajuste de la comida en el domicilio del paciente.
- En cuanto a la vestimenta del paciente tener en cuenta si posee vías periféricas, apósitos de heridas, drenajes o dispositivos conectados, con el fin de tratar de no manipularlos para evitar accidentes indeseables.
- Valorar al paciente signos de flebitis, úlceras por presión o infección en alguna parte del cuerpo para dar parte al médico y evitar complicaciones más graves en su salud.
- Preservar en todo momento la privacidad el paciente.
- Evitar barreras físicas dentro del domicilio del paciente que ocasionen alguna causa o molestar general (Elers Mastrapa Yenny et al., 2020).

Procedimiento

Alimentación Oral del Adulto Mayor

Para la asistencia y ayuda en la alimentación del adulto mayor o paciente geriátrico en los domicilios, se debe tomar en cuenta los

siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles accidentes, los cuales son:

1. Buscar un lugar limpio y adecuado para la alimentación.
2. Comprobar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia en la dieta.
3. Realizar lavado de manos del cuidador.
4. Pedir al paciente que lave sus manos o ayudarlo si es necesario.
5. Revisar la temperatura de la comida y trasladarla al lado del paciente.
6. Informar al paciente sobre la comida que se va a servir y respetar preferencias si es necesario.
7. Preservar la intimidad del paciente.
8. Colocar al paciente en la posición más adecuada (posición sedente o fowler).
9. Colocar la comida en la mesa y al alcance del paciente para su mayor comodidad al igual que ajustar la silla donde este se encuentre.
10. Dar tiempo suficiente para la ingesta para la deglución de alimentos.
11. En pacientes que no puedan comer sin ayuda, se le asistirá en todo momento tomando en cuenta las observaciones antes mencionadas.
12. Después de haber terminado los alimentos, recoger todos los utensilios utilizados y desechar el material utilizado como servilletas o toallas de papel utilizadas.
13. Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarlo si es necesario.
14. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que sufra de alguna caída.
15. Realizar lavado de manos (persona que asistió en la alimentación).
16. Anotar en registros, si se lo requiere:
 - Cantidad de ingesta líquida o sólida
 - Alimentos consumidos
 - Posibles problemas presentados durante la alimentación (Ortiz Segarra José Ignacio et al., 2019).

Higiene Corporal y Vestimenta del Adulto Mayor

1. Colocar al paciente en un lugar adecuado para la realización del procedimiento dentro de su domicilio.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.

6. Colocarse los guantes de manejo para las manipulaciones de las vías periféricas, fluidos corporales del paciente o cambios del apósito.
7. Valorar el grado de autonomía del paciente para realizar su higiene corporal.

Vestimenta

8. Preguntar al paciente que ropa desea colocarse.
9. Si este salió de bañarse, pedir que se seque o secarle todas las partes del cuerpo especialmente en pliegues cutáneos para evitar irritaciones de la piel.
10. Aprovechar este momento para hidratar la piel completamente y cualquier tipo de resequedad cutánea.
11. Al momento de la vestimenta se necesita que el adulto mayor de preferencia se encuentre sentado con el fin de evitar caídas.
12. Si él puede realizar el procedimiento, vigilemos que no sufra ninguna caída.
13. En el caso de que no lo pueda realizar por sí solo, lo sentamos y comenzamos primero por la ropa íntima, seguido colocamos la vestimenta de arriba hacia abajo, tomando en cuenta que el procedimiento debe ser ejecutado rápidamente con el fin de evitar corrientes de frío que puedan enfermar al paciente.
14. Una vez terminada la actividad preguntar si el paciente se encuentra bien o necesita de alguna otra cosa.

Aseo bucal

15. Valorar el grado de autonomía del paciente, si este se encuentra consiente, proporcionar los materiales necesarios para su higiene bucal.
16. En el caso de que este no pueda realizar el procedimiento, lo haremos nosotros con las siguientes indicaciones.
17. Lavarse las manos.
18. Colocarse los guantes.
19. Preparar el material a utilizar (pasta dental, cepillo de dientes o enjuague bucal).
20. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
21. Pedir al paciente que adopte la mejor posición de preferencia sentado o fowler.
22. Colocar una toalla de papel sobre el cuello y tórax del paciente para evitar mojarlo.

23. Iniciar la técnica cepillando dientes en forma circular de izquierda a derecha, proseguir con el lavado de las encías y lengua al grado que tolere el paciente.
24. Ofrecerle un sorbo de agua para que realice su enjuague y explicarle que debe desechar en el recipiente que le ofreceremos.
25. Realizar este procedimiento las veces que vea necesario.
26. Por último, secar bien los labios del paciente, e hidratarlos con vaselina si es necesario y el paciente lo dispone.

General

27. Después de haber terminado la higiene corporal del paciente, recoger todos los materiales, ropas utilizadas o desechos generales y desecharlos en los basureros correspondientes.
28. Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarlo si es necesario.
29. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que sufra de alguna caída dentro de su hogar.
30. Retirarse los guantes.
31. Realizar lavado de manos (cuidador) (Llanes BC, 2020).

Anexos

INDICE DE BARTHEL

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

| Parámetro | Situación del paciente | Puntuación |
|--|--|------------|
| COMER | Totalmente independiente | 10 |
| | Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| LAVARSE | Independiente: entra y sale solo del baño | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| VESTIRSE | Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos | 10 |
| | Necesita ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| ARREGLARSE | Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| DEPOSICIONES (valorese la semana previa) | Continencia normal | 10 |
| | Ocasional episodio de incontinencia, o necesita ayuda administrarse supositorios o lavativas | 5 |
| | Continencia | 0 |
| MICCION (valorese la semana previa) | Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta | 10 |
| | Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda | 5 |
| | Continencia | 0 |
| USAR EL RETRETE | Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... | 10 |
| | Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| TRASLADARSE | Independiente para ir del sillón a la cama | 15 |
| | Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros | 10 |
| | Independiente en silla de ruedas sin ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| DEAMBULAR | Independiente, camina solo 50 metros | 15 |
| | Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros | 10 |
| | Independiente en silla de ruedas sin ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| ESCALONES | Independiente para bajar y subir escaleras | 10 |
| | Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| TOTAL | | |

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

< 20 puntos: dependencia total.

40-55 puntos: dependencia moderada.

100 puntos: independencia.

20-35 puntos: dependencia grave.

≥ 60 puntos: dependencia leve.

Figura 7. Índice de Barthel.

Fuente: (Cid Ruzafa Javier & Damián Moreno Javier, 1997)

Bibliografía

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
- Chisag Guaman Maria Maria. (2019). Atención de enfermería en el adulto mayor. . Enfermería Investiga, 3, 59-61.
- Cid Ruzafa Javier, & Damián Moreno Javier. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública, 21, 127-137.

Elers Mastrapa Yenny, Gibert Lamadrid María Del pilar, & Espinosa Aguilar Aníbal. (2020). Modelos y teorías para la atención de enfermería al adulto mayor desde una dimensión de relación enfermera-paciente-cuidador. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-12.

Lamotte Moya Silvia Erenia. (2021). Cuidados de enfermería humanistas en el paciente geriátrico. *Revista Cubana de Enfermería*, 37.

Llanes BC. (2020). Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. . *Rev Cuba Enf*, 36, 1-15.

Ortiz Segarra José Ignacio, Freire Argudo Ulises Vicente, Tenemaza Alvarracín David Fernando, Cobos Torres Ángel Ignacio, & Ortiz Mejía Pedro Fernando. (2019). Parámetros dietéticos y alimentación habitual de adultos mayores. Cuenca 2018 - 2019. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 37, 41-50.

Piña Morán Marcelo, Olivo Viana María Gladys, Martínez Matamala Carlos, Poblete Troncoso Margarita, & Guerra Guerrero Verónica. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*, 17, 7-27.

Vinces Santana Gema Xiomara. (2019, September). Calidad de Vida del Adulto Mayor desde la Percepción de Enfermería en Centro Ambulatorio.

Capítulo 8.

Protocolo de Colocación y Cuidados de Vías

Introducción

Un catéter venoso periférico es un dispositivo delgado de material flexible, el cual es utilizado para administrar medicamentos directamente en el torrente sanguíneo, ya sean con fines, quimioterápicos, terapéuticos o de diagnóstico, el cual requiere de un acceso venoso abierto por cualquier tipo de terapia intravenosa. El catéter venoso debe cumplir con las siguientes características mínimas para que puedan ser utilizados, dentro de las cuales serían: longitud, calibre y el material que lo constituye. Teniendo en cuenta que el de mejor elección sea de poliuretano, hidrofílicos, termoplásticos, suaves y flexibles al momento de estar en contacto con la temperatura del cuerpo, el cual sería de preferencia a utilizar por su baja incidencia de flebitis con respecto a otros catéteres de diferentes materiales (Duhau Mariana et al., 2022).

Para evitar cualquier tipo de complicación y elegir el calibre adecuado para cada paciente, hay que tomar una serie de consideraciones como: edad del paciente, duración del tratamiento, características vasculares, comorbilidades, preferencias del paciente, antecedentes del paciente con respecto a terapias intravenosas pasadas. En lo concerniente al mantenimiento de las vías venosas periféricas, el criterio del personal de salud es fundamental ya que cada vez que se manipule, se deberá evaluar criterios de infección o molestias del paciente, se deberá cambiar cada 72 horas, pero esto dependerá de que los equipos se encuentren funcionantes y en buenas condiciones (Duhau Mariana et al., 2022).

Los estudiantes técnicos superior en enfermería seguirán el modelo de Virginia Henderson basado en el cuidado de las 14 necesidades básicas del ser humano adaptado al cuidado comunitario de pacientes que residen en el Cantón Rumiñahui, dependiendo de la patología diagnóstica con el fin de cuidar la salud integral del paciente (Duhau Mariana et al., 2022).

Objetivo

Objetivo General

Estandarizar los procedimientos e intervenciones de enfermería en la colocación y cuidados de vías venosas a pacientes ambulatorios que viven en el Cantón Rumiñahui y barrios aledaños.

Objetivos Específicos

- Prevenir infecciones asociadas a la mala técnica de colocación y manipulación de vías venosas periféricas.
- Brindar cuidados directos a los pacientes con vías venosas periféricas en cuanto a su cambio y mantenimiento.
- Conocer la técnica correcta de colocación y curación de vías venosas periféricas en el campo comunitario.

Alcance

El alcance de este protocolo referente a la colocación y cuidados de vías venosas periféricas será de tal magnitud que los técnicos superior en enfermería atiendan las 14 necesidades de Virginia Henderson de los pacientes que requieran cualquier tipo de cuidado de salud y que estos se encuentren en sus domicilios dentro de las parroquias y barrios que conforman el Cantón Rumiñahui, a su vez también a pacientes que hayan sido atendidos en el RUMI MEDIC CENTER, quienes dependiendo de sus diagnósticos clínicos deban estar al cuidado directo constante de un profesional de salud que lo cuide y disminuya factores que compliquen o pongan en peligro su estado hemodinámico. Siendo así se necesita un documento que respalde los procedimientos a poner en práctica al momento de estar con el paciente y manipularlo ante cualquier cuidado que este requiera. Por ende, es muy indispensable que el Técnico Superior en Enfermería fundamente los actuare que realizará al paciente ante cualquier necesidad que este necesite.

Responsables

Los responsables encargados de poner en práctica el procedimiento, intervenciones y cuidados de enfermería en correspondencia a la colocación y manipulación de vías venosas periféricas son los estudiantes Técnicos Superior en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui, quienes proporcionarán cuidados diarios dependiendo de la patología existente a pacientes directamente en sus domicilios dentro del Cantón Rumiñahui.

Campo de Aplicación

En el protocolo presentado se estandarizan los cuidados de enfermería antes, durante y después la colocación de vías periféricas con el fin de prevenir eventos adversos indeseables. El cual se pondrá en acción con cualquier tipo de paciente que necesite suplir algún tipo de necesidad de la vida diaria y que éste resida dentro del Cantón Rumiñahui, recalcando que no habrá criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta que los cuidados se ofrecerán a todos los pacientes que necesiten de cuidados directos de los estudiantes Técnicos Superiores en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui en sus domicilios ya sea para prevención de complicaciones o de seguimiento constante.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones Generales

El siguiente protocolo será aplicable para todo tipo de persona que necesite de la administración de medicamentos por vía venosa periférica, cabe recalcar que se debe tomar en cuenta prescripción médica para su realización, detallándose definiciones generales que se manejarán durante la realización de todo el procedimiento, materiales a utilizar, el procedimiento ordenado y los cuidados de enfermería a ofrecerse.

Tomar en cuenta posibles signos de alarma, a su vez del cambio de la vía periférica se debe evaluar el estado del catéter y piel para su debido mantenimiento del cual debe ser realizado cada 72 horas estandarizado, dependiendo de valoraciones por parte del profesional de salud se puede cambiar el catéter más antes del tiempo estipulado (Sosa Barrios Rosa Haridian et al., 2021).

Definiciones

Catéter Venoso Periférico.- Es un dispositivo en forma de tubo delgado, plástico y flexible el cual se inserta en una vena para la administración de medicamentos en el torrente sanguíneo ya sea por fines terapéuticos o de diagnóstico (García Expósito Judith et al., 2022).

Flebitis.- Inflamación de una vena, ocasionada por la irritación de sus paredes durante o después de la infusión intravenosa presentando signos y síntomas como: dolor, calor, enrojecimiento, eritema y sensibilidad (Altamirano Zabala Geovanna Narcisa de Jesús et al., 2018).

Tegaderm.- Lámina transparente hipoalergénica sin látex, utilizada para la cicatrización de herida o fijar zonas de inserción de catéteres venosos periféricos las cuales ayuden a preservar un ambiente limpio, libre de microorganismo patógenos portadores de infecciones (Martínez Correa E. et al., 2020).

Torniquete.- Banda de tela o goma utilizada principalmente para detener alguna hemorragia, sacar sangre o la canalización de vías periféricas (Romero Saiz Elba, 2019).

Espadrapo.- Alcohol 70%: antiséptico bactericida con actividad germicida utilizado para desinfectar zonas de la piel para que queden libres de bacterias cutáneas. (Olivera María Eugenia et al., 2021).

Llave de tres vías.- Dispositivo de conexión para catéteres utilizado para la administración controlada de infusiones intravenosas y evitar más punciones a los pacientes (García Expósito Judith et al., 2022).

Desarrollo del Protocolo

Materiales

Materiales a utilizar en la inserción del catéter periférico:

- Catéteres periféricos de distinto calibre
- Llave de tres vías
- Algodón

- Apósitos transparentes (Tegaderm)
- Contenedor para material punzante
- Esparadrapo
- Fármacos prescritos
- Gasas estériles
- Jeringuillas
- Solución antiséptica
- Solución salina
- Guantes de manejo
- Toallita desechable de papel
- Torniquete
- Equipo de venoclisis (Bodenham Andrew, 2017)

Materiales a utilizar en el cuidado y mantenimiento del catéter periférico:

- Antiséptico: Alcohol
- Apósitos (Tegaderm)
- Funda para residuos
- Algodón
- Esparadrapo hipoalergénico
- Gasas estériles
- Guantes de manejo
- Jeringuillas
- Suero fisiológico (Bodenham Andrew, 2017)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería

Observaciones

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después de la inserción del catéter venoso periférico, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones:

- Venas de acceso periférico que se utilizan más frecuentemente para canalizar una vía en los adultos son en las venas de los miembros superiores.
- En pacientes pediátricos se utilizarán las venas del cuero cabelludo, manos, dorso de los pies.

- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No pinchar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.
- Utilizar un catéter en cada intento de inserción.
- Una misma enfermera/o no debe realizar más de tres intentos.
- Se recomienda la utilización de apósitos Tegaderm ya que estos se infectan menos que otros tipos de apósitos y la sujeción es similar.
- Los apósitos transparentes de poliuretano tienen la ventaja de que se visualiza el punto de punción.
- En caso de que aparezca fiebre de origen desconocido, se revisará el equipo completo (catéter-sistema-equipos -suero) con el fin de buscar signos de infección en el lugar de punción (Duhau Mariana et al., 2022).

Procedimiento

Colocación de la Vía Venosa Periférica

Para la colocación de un catéter venoso periférico en los domicilios de los pacientes, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles complicaciones, los cuales son:

1. Buscar un lugar limpio y adecuado para la realización del procedimiento.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda según la zona que hayamos elegido.
7. Seleccionar la vena más adecuada atendiendo a:
 - a) El estado de las venas del paciente.
 - b) Características de la solución a infundir.
 - c) Calibre del catéter.
8. Colocar el protector (toalla desechable) debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del paciente).

9. Colocar el torniquete de 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida, para interrumpir la circulación venosa pero que permita palpar el pulso radial.
10. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
11. Aplicar la solución antiséptica en la zona y dejar secar.
12. Colocarse los guantes de manejo.
13. Desenfundar el catéter.
14. Coger el catéter con la mano dominante.
15. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.
16. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena) ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
17. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
18. Retirar el torniquete
19. Conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 ó 3 cc. de suero fisiológico.
20. Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico en caso de que se encuentre manchada con restos sanguíneos.
21. Fijar el catéter con un apósito transparente estéril (Tegaderm) y fijar el equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones.
22. Desechar la aguja o la guía en el contenedor para material punzante.
23. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que la vía colocada se salga.
24. Recoger todo el material utilizado y desecharlos en los basureros correctamente.
25. Retirarse los guantes.
26. Realizar lavado de manos.
27. Rotular fecha de colocación, calibre del catéter, hora e iniciales de quien colocó.
28. Rotular en el equipo de infusión fecha de colocación o cambio e iniciales de quien colocó / cambió el equipo.
29. Anotar en registros:

- a) Fecha y hora de colocación.
- b) Calibre del catéter.
- c) Responsable del procedimiento (Duhau Mariana et al., 2022).

Cuidado de la Vía Venosa Periférica

1. Colocar al paciente en un lugar adecuado para la realización del procedimiento dentro de su domicilio.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes de manejo para las manipulaciones del sistema y cambios del apósito.
7. Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
8. Cambiar el apósito cada 48 - 72 horas, o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
9. Vigilar el punto de punción, observando que no haya signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado.
10. Limpiar con antiséptico el punto de punción, con movimientos circulares desde dentro hacia fuera.
11. Utilizar llave de tres vías con alargadera para que la manipulación sea menos traumática si fuera en lo mayor posible.
12. Mantener la llave de tres vías bien cerrada (con sus tapones).
13. Desinfectar las entradas de la llave de tres vías con antiséptico siempre que se utilice.
14. Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso.
15. Cambiar el sistema cada 48 - 72 horas y la llave de tres vías o antes si está contaminado, presenta fugas, etc.
16. Mantener los catéteres.
17. Cambiar el catéter siempre que existan flebitis, extravasación, obstrucción o sospecha de infección en el punto de punción.
18. Anotar en registros enfermeros el procedimiento realizado (Duhau Mariana et al., 2022).

Anexos

Escala visual de valoración de flebitis



Figura 8. Escala Visual de Valoración de Flebitis.

Fuente: (Ferraz Torres M et al., 2022).

Elegir el catéter adecuado puede prevenir complicaciones como la FLEBITIS. Si el tratamiento dura < 6 días utilizar un catéter corto Según el tratamiento elige el catéter más adecuado

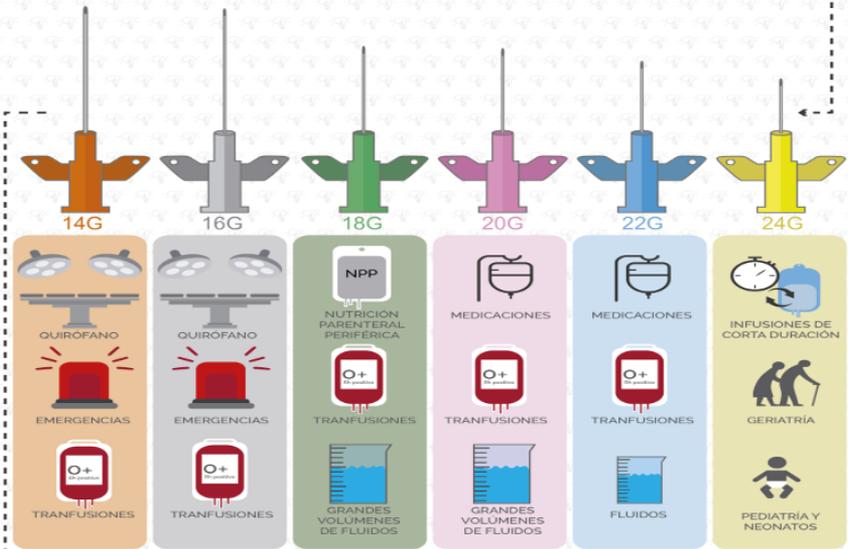


Figura 9. El Catéter a elegir.

Fuente: (Sosa Barrios Rosa Haridian et al., 2021).

Bibliografía

- Altamirano Zabala Geovanna Narcisa de Jesús, Flores Grijalva Mercedes del Carmen, Reascos Paredes Yu Ling, & Estupiñán Castillo Andrea Verónica. (2018). Flebitis y úlceras por presión en el cuidado enfermero, en el Hospital de Esmeraldas. *UNIANDÉS EPISTEME: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 5, 159-167.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
- Bodenham Andrew. (2017). ACCESO VASCULAR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28, 713-726.
- Duhau Mariana, Peuchot Veronica, & Santa Maria Cecilia Mónica. (2022, August 31). Procedimiento de inserción y cuidado del Catéter Venoso Periférico Corto (CVPC).
- García Expósito Judith, Reguant Mercedes, Almenta Saavedra José Alberto, Díaz Segura Claudia, & Roca Judith. (2022). Un instrumento de evaluación del aprendizaje para el manejo de catéteres venosos periféricos: adaptación, extensión y validación en español. *Enfermería Global*, 21, 158-183.
- Martínez Correa E., Osorio Delgado M.A., Henao Tamayo L.J., & Castro Herazo C. I. (2020). Clasificación Sistemática de Apósitos: Una Revisión Bibliográfica. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 41, 5-28.
- Olivera María Eugenia, García Mónica Carolina, & Manzo Rubén Hilario. (2021). El Alcohol como Antiséptico y Desinfectante. *BITACORA DIGITAL*, 7.
- Romero Saiz Elba. (2019). Torniquete, una herramienta útil en la actualidad. *NPunto*, 13.
- Ferraz Torres M, Corcuera Martínez MI, Sancho Sena E, Aldonza Torres M, Maali Centeno S, Martínez Ortega MC, & Suárez Mier MB. (2022). Estudio experimental aleatorizado para la evaluación de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 44, 417-426.
- Lozano Sanz V, Rodríguez Soberado MP, Sánchez Sanz S, & Santos-Boya MT. (2018). Cuidados en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical. *Gerencia de Atención Especializada Medina Del Campo*.
- Marques Severo Isis, De Souza Kuchenbecker Ricardo, Villas Boas Vieira Débora Feijó, De Fátima Lucena Amália, & De Abreu Almeida Miriam. (2018). Factores de riesgo para caídas en pacientes adultos

hospitalizados: un estudio caso-control. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 1-9.

Sosa Barrios Rosa Haridian, Burguera Vion Víctor, & Gomis Coutob Antonio. (2021). Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. *Nefrología al Día*, 1-17.

Capítulo 9.
Protocolo de Colocación de
Sondas Vesicales y Nasogástricas

Introducción

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo que consiste en la inserción de una sonda por la uretra hasta la vejiga con el fin de drenar la orina existente, ya sean estos con fines terapéuticos o de diagnóstico, la cual según la prescripción médica puede ser de duración permanente o temporal de acuerdo con la necesidad del paciente. Las indicaciones de su uso son: mantener controlada la eliminación de la diuresis, recolección de muestras estériles, algún tipo de restricción urinaria o para administrar medicamentos con fines de diagnóstico o exploratorios. Hoy en día en el Ecuador la sonda que se utiliza con mayor frecuencia es la Foley y el calibre va a depender de las características de cada persona como sexo o edad, a su vez también hay que tener en cuenta que una mala colocación o manipulación puede llegar a que el paciente tenga complicaciones en su salud como: perforación de la uretra, infección urinaria, infección de la uretra, retención urinaria por la presencia de alguna obstrucción y por último la incomodidad del paciente. (Lozano Sanz V et al., 2018).

En cuanto a la sonda nasogástrica es un procedimiento invasivo que consiste de la introducción de una sonda o un tubo flexible (de polivinilo, silicona o poliuretano), que ingresa por la nariz y su vértice debe llegar hasta el estómago, esta indicación para la nutrición o alimentación enteral, administración de medicamentos, aspiración de contenido gástrico o lavado de estómago. Se debe tomar en cuenta que al ser una técnica estéril se debe realizar en un ambiente limpio y guantes estériles con el fin de prevenir complicaciones ocasionadas por la colocación de la sonda nasogástrica entre ellas las principales son: perforación gástrica, sangrado gástrico, gastritis (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021).

Finalmente, la realización de estos procedimientos no siempre se lo deben realizar dentro de un ambiente hospitalario, pues el objetivo principal del protocolo es dar a conocer a los estudiantes técnicos superior en enfermería como esta técnica se la puede realizar dentro del domicilio de cada paciente que así lo necesite, cumpliendo con todas las normas de asepsia y antisepsia que eviten posibles complicaciones. Logrando así adaptar el modelo de Virginia Henderson que nos habla del cuidado del paciente hospitalizado en todas sus 14 necesidades básicas vitales al ámbito comunitario, brindando cuidados

enfermeros a los moradores del cantón RUMIÑAHUI (Moreno Cabello E. et al., 2020).

Objetivo

Objetivo General

Estandarizar los procedimientos e intervenciones de enfermería en la colocación y cuidados de sondas vesicales y nasogástricas a pacientes ambulatorios que viven en el Cantón Rumiñahui.

Objetivos Específicos

- Explicar la técnica correcta de colocación y mantenimiento del sondaje vesical y nasogástrico a los estudiantes que van a realizar el procedimiento a los pacientes que se encuentran en sus domicilios.
- Prevenir infecciones asociadas a la mala técnica de colocación y manipulación de sondas vesicales y nasogástricas dentro del hogar.
- Brindar cuidados directos a los pacientes con cualquier tipo de sondaje en cuanto a su cambio y mantenimiento en su domicilio.

Alcance

El alcance de este protocolo referente a la colocación y mantenimiento y cuidados del sondaje vesical y nasogástrico será de tal magnitud que los Técnicos Superior en Enfermería atiendan las 14 necesidades de Virginia Henderson de los pacientes que requieran cualquier tipo de cuidado de salud y que estos se encuentren en sus domicilios dentro de las parroquias y barrios que conforman el Cantón Rumiñahui, a su vez también a pacientes que hayan sido atendidos en el RUMI MEDIC CENTER, quienes dependiendo de sus diagnósticos clínicos deben estar al cuidado directo constante de un profesional de salud que los cuide y disminuya factores que compliquen o pongan en peligro su estado hemodinámico. Siendo así se necesita un documento que respalde los procedimientos a poner en práctica al momento de estar con el paciente y manipularlo ante cualquier cuidado que este requiera. Por ende, es muy indispensable que el Técnico Superior en Enfermería fundamente sus actuaciones a realizar con el paciente ante cualquier necesidad que este requiera dependiendo del cuidado que se le brinde.

Responsables

Los responsables encargados de poner en práctica el procedimiento, intervenciones y cuidados de enfermería en correspondencia al sondaje vesical y nasogástrico son los estudiantes Técnicos Superior en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui, quienes proporcionarán cuidados diarios dependiendo de la patología existente a pacientes directamente en sus domicilios dentro del Cantón Rumiñahui.

Campo de Aplicación

En el protocolo presentado se estandarizan los cuidados de enfermería antes, durante y después de la colocación de sondas vesicales o nasogástricas a los pacientes con el fin de prevenir eventos adversos indeseables. El cual se pondrá en acción con cualquier tipo de persona que necesite suplir algún tipo de necesidades de la vida diaria y que éste resida dentro del Cantón Rumiñahui, recalando que no habrá criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta que los cuidados se ofrecerán a todos los pacientes que necesiten de cuidados directos de los estudiantes Técnicos Superiores en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui en sus domicilios ya sea para prevención de complicaciones o de seguimiento constante.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones Generales

El siguiente protocolo será aplicable para todo tipo de persona que necesite la colocación de una sonda nasogástrica o vesical, recalcando que se debe tomar en cuenta primero revisar que la técnica a realizar este prescrita por el médico, detallándose definiciones generales que se manejarán durante la realización de todo el procedimiento, materiales a utilizar, procedimiento ordenado y los cuidados de enfermería a ofrecerse antes durante y después de la técnica (Vallverdu M. & Barcenilla Gaité F., 2019).

Dentro de las disposiciones generales se recomienda tener en cuenta para que fin se va a utilizar la sonda si esta va a ser temporal o permanente, a su vez la edad del paciente para así seleccionar el calibre de la sonda a utilizar, también recordar que este tipo de procedimientos invasivos deben ser realizados mediante una técnica estéril para evitar posibles complicaciones al paciente (Gobbo Motta Ana Paula et al., 2021).

Definiciones

Sondaje vesical.- Procedimiento estéril e invasivo mediante el cual se inserta una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga con el fin de drenarla ya sean para fines diagnósticos o terapéuticos (Vallverdu M. & Barcenilla Gaité F., 2019).

Sondaje nasogástrico.- Procedimiento mediante el cual se inserta una sonda por la nariz con fin de que esta llegue hasta el estómago utilizando una técnica estéril, la cual tiene fines como administración de medicamentos, nutrición enteral y recolección de muestra gástrica (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021).

Sonda nasogástrica.- Tuvo largo flexible de plástico, poliuretano o silicona utilizado para el paso de varias sustancias del mundo exterior al interior del sistema digestivo (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021).

Desarrollo del Protocolo

Colocación de una Sonda Nasogástrica

Materiales

Los Materiales a utilizar en la inserción de una sonda nasogástrica según (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021) son:

- Esparadrapo antialérgico
- Gasas no estériles
- Jeringuilla de 50 c.c. estéril
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes de manejo
- Guantes estériles
- 1 sonda nasogástrica o levin de acuerdo a la edad del usuario, (calibres desde el N° 14 al 20 para adultos y de N° 8 a 12 para niños), tener en cuenta la función que cumplirá en el paciente
- Servilletas de papel
- Semiluna
- Estetoscopio
- Paño limpio o toalla
- Pinza de clamp o tapón de SNG
- Registros de Enfermería (pág1)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería

Observaciones Generales

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después de la inserción de la sonda nasogástrica, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones:

- Adecuar el domicilio del paciente (habitación) donde va a ser realizado el procedimiento.
- Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.
- Retirar inmediatamente la sonda si el usuario presenta asfixia, tos, estrías de sangre fresca o hemorragia.
- Asegurarse que la sonda este en tracto digestivo.
- Usar la vía nasal en el caso de niños que presentan ruptura de la sonda por presencia de dientes, en el resto de pacientes la vía de elección para el paso de sonda orogástrica.
- Seleccionar la sonda correcta.
- Pedirle al paciente que trague saliva cuando la sonda este pasando por la faringe y esófago para que la técnica no sea tan incómoda para el paciente (Gobbo Motta Ana Paula et al., 2021).

Procedimiento

Colocación de la Sonda Nasogástrica

Para la colocación de una sonda nasogástrica en los domicilios de los pacientes, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles complicaciones, los cuales son:

1. Buscar un lugar limpio y adecuado para la realización del procedimiento.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente
6. Colocar al paciente en la posición fowler o semifowler.
7. Seleccionar la sonda en cuanto al calibre más adecuada atendiendo a
 - a) Edad del paciente
 - b) Utilidad de la sonda nasogástrica
 - c) Calibre de la sonda nasogástrica
8. Colocar el protector (toalla desechable) sobre el tórax del paciente en caso de salida de fluidos corporales.
9. Comprobar que la SNG no presenta defectos y es permeable.
10. Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides.
11. Lubricar sonda con lubricante hidrosoluble.
12. Inclinar la cabeza del paciente hacia atrás e insertar la sonda a través de la fosa nasal, hacia la zona posterior de la garganta (nasofaringe posterior). Esta maniobra puede producir náuseas.
13. Flexionar la cabeza del paciente hacia el tórax, una vez que la SNG ha pasado la nasofaringe.
14. Facilitar el procedimiento, solicitándole al paciente que trague saliva, insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
15. Introducir la sonda hasta la señal sin forzar el paso de la misma. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o se vuelve cianótico, interrumpir la técnica y retirarla.
16. Comprobar correcta colocación de las siguientes formas:
 - Aspirar suavemente con la jeringuilla para extraer contenido gástrico.

- Introducir 20 c.c. de aire con la jeringuilla por la sonda y auscultar con el fonendoscopio en el epigastrio (la ausencia de ruido indica mala colocación).
17. Fijar la sonda sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente.
 18. Pinzar la sonda con la pinza de clamp según prescripción médica.
 19. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que la sonda colocada sea manipulada y salga.
 20. Recoger todo el material utilizado y desecharlos en los basureros correctamente.
 21. Retirarse los guantes.
 22. Realizar lavado de manos.
 23. Rotular fecha de colocación, calibre de la sonda, hora e iniciales de quien colocó.
 24. Anotar en registros de enfermería que se deben llevar en los domicilios:
 - Fecha y hora de colocación
 - Calibre del catéter
 - Responsable del procedimiento (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021)

Cuidados de la Vía Sonda Nasogástrica

En cuanto a los cuidados según (Minguillón Ruiz Natalia et al., 2021) refiere que deben ser realizados de la siguiente manera:

- Lavar la sonda con agua jabonosa diariamente y secarla bien.
- Limpiar el tapón de la sonda cuidadosamente y secarlo bien para evitar que se quede pegado.
- Cada día, es conveniente apoyar esta sonda en un lugar diferente para evitar que la piel se lesione.
- Cambiar el esparadrapo o tirita cada día; movilización.
- Se limpiarán los orificios nasales.
- Cuando la sonda se emplea para alimentación, se debe escoger la sonda de mejor calibre para el paso de la nutrición, esto favorece la tolerancia de la alimentación.
- Después de la administración de cada alimentación o medicación, conviene hacer irrigaciones de la sonda con agua, para evitar obstrucciones.
- Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándose o introduciéndose y así cambia la posición de la sonda diariamente, con el fin de evitar úlceras por presión (pág. 1).

Colocación de una Sonda Vesical

Materiales

Los materiales a utilizar en la inserción de una sonda vesical según (Lozano Sanz V et al., 2018) son:

- Esparadrapo antialérgico
- Gasas no estériles
- Jeringuilla de 10 cc
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes de manejo
- Guantes estériles
- Sonda vesical foley del N° adecuado
- Servilletas de papel
- Funda recolectora de orina
- Solución salina 10 cc
- Paño limpio o toalla
- Registros de Enfermería (pág.6)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería.

Observaciones Generales

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después de la inserción de la sonda vesical, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones:

- Seleccionar el calibre de la sonda más pequeña.
- Explicarle en todo momento el procedimiento que se le va a realizar el paciente.
- Tomar en cuenta el lugar más limpio del domicilio para realizar el procedimiento.
- Si durante el procedimiento nota resistencia retirar la sonda y verificar el motivo que lo produce.
- Antes de insertar la sonda vesical realizar el lavado de genitales femeninos o masculinos (Moreno Cabello E. et al., 2020).

Procedimiento

Colocación de la Sonda Vesical

Para la colocación de una sonda vesical en los domicilios de los pacientes, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles complicaciones, los cuales son:

1. Buscar un lugar limpio y adecuado para la realización del procedimiento.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en la posición decúbito supino con las piernas flexionadas y separadas en caso de que sea mujer y si es hombre en posición decúbito supino.
7. Seleccionar la sonda vesical en cuanto al calibre más adecuado para el paciente.
8. Colocarse los guantes de manejo para el lavado de genitales femeninos o masculinos.
9. Colocarse después los guantes estériles.
10. Comprobar el correcto inflado del balón de la sonda.
11. Coger la sonda lubricada con la mano dominante.

Hombre

12. Poner el pene en posición vertical, retirando el prepucio.
13. Introducir la sonda lentamente 7 u 8 centímetros y colocar el pene en posición horizontal.
14. Hacer una ligera tracción hacia delante, indicando al paciente que respire profundamente y seguir introduciendo la sonda hasta que fluya la orina.
15. No forzar en caso de que la sonda no penetre.
16. Retirar la guía si existiera.
17. Introducir 2 ó 3 cm. más hacia dentro.
18. Inflar el bag con la jeringuilla cargada con el agua destilada (según tipo de sonda).
19. Colocar el prepucio en posición fisiológica.

Mujer

20. Exponer el meato urinario, separando con los dedos de la mano menos dominante los labios menores.
21. Pedirle a la paciente que respire lento y profundo durante la inserción de la sonda hasta que se evidencie contenido urinario.
22. No forzar en caso de que la sonda no penetre.
23. Introducir 2 ó 3 cm. más hacia dentro.
24. Inflar el bag con la jeringuilla cargada con el agua destilada (según tipo de sonda).

General

25. Conectar la sonda a la funda de orina.
26. Colocar la funda en el soporte y ponerla por debajo del nivel vesical del paciente.
27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que la sonda colocada sea manipulada y salga.
28. Recoger todo el material utilizado y desecharlos en los basureros correctamente.
29. Retirarse los guantes.
30. Realizar lavado de manos.
31. Rotular fecha de colocación, calibre de la sonda, hora e iniciales de quien colocó.
32. Anotar en registros de enfermería que se deben llevar en los domicilios:
 - Fecha y hora de colocación
 - Calibre del catéter
 - Responsable del procedimiento (Durán Rodríguez Reudis et al., 2018)

Cuidados de la Vía Sonda Vesical

En cuanto a los cuidados según (Lozano Sanz V et al., 2018) refieren que deben ser realizados de la siguiente manera:

- Observar las características del líquido drenado.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.
- Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.

- Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas en el lavado de manos (pag.10).

Anexos

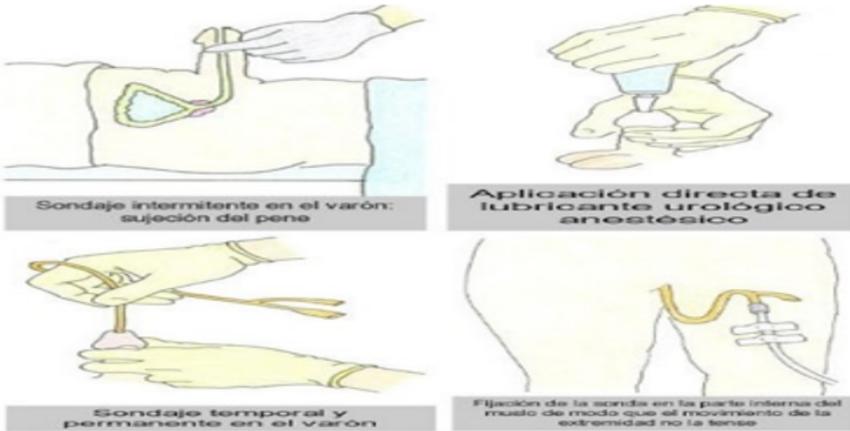


Figura 10. Cateterismo vesical masculino.

Fuente: (Lozano Sanz V et al., 2018).



Figura 11. Cateterismo vesical femenino.

Fuente: (Lozano Sanz V et al., 2018).

Bibliografía

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.
- Durán Rodríguez Reudis, Noa Cantillo Ramón Enrique, Cazull Imbert Irayma, Cadena Pino Vanessa Fernanda, Rubio Méndez Alicia Mercedes, & Laffita Suárez Liyannis. (2018). Técnica de cateterización vesical vs urosepsis en cuidados intensivos de adultos. *Revista Cubana de Urología*, 99-108.
- Gobbo Motta Ana Paula, Godinho Rigobello Mayara Carvalho, Campos Pereira Silveira Renata Cristina, & Escobar Gimenes. (2021). Eventos adversos relacionados con sondas nasogástricas y/o nasoenterales: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 29, 1-23.
- Lozano Sanz V, Rodríguez Soberado MP, Sánchez Sanz S, & Santos-Boya MT. (2018). Cuidados en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical. Gerencia de Atención Especializada Medina Del Campo.
- Minguillón Ruiz Natalia, Casaus Margeli Ma Ángeles, Moreno Arjol Alicia, Belloc Pérez Lucía, & Cubero Esteban Cristina. (2021). Sonda nasogástrica, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*.
- Moreno Cabello E., González Picazo A. M., & Martín Salinas C. (2020). Fomento del autocuidado al paciente con sondaje vesical domiciliario mediante sesiones educativas. *Enfermería Universitaria*, 17, 233-242.
- Vallverdu M., & Barcenilla Gaité F. (2019). Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. *Cateterismo urinario antiséptico y mantenimiento de la sonda vesical. Medicina Intensiva*, 43, 48-52.

Capítulo 10.

Protocolo de Sueroterapia Venosa

Introducción

La sueroterapia es un tratamiento beneficioso que consta en la administración de sueros que contienen vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales por vía intravenosa, esto dependiendo del paciente para poder mejorar el bienestar, salud y aspecto físico, esto ayuda a estimular mecanismos de defensa para ayudar a la recuperación del organismo. Estos sueros son administrados directamente permitiendo una rápida absorción que lleva nutrientes al organismo (Ballesteros Peña S et al., 2022).

La sueroterapia se administra a pacientes que presentan alguna enfermedad, el cuerpo empieza a acumular una gran cantidad de toxinas que representa la pérdida del equilibrio físico e intelectual, el sueroterapia es una alternativa que ayuda al organismo del paciente a desintoxicarse, esto le permite desarrollar habilidades de autocuración, para fortalecer el sistema inmunológico y así mismo, promueve a la eliminación de las toxinas del cuerpo (Ballesteros Peña S et al., 2022).

Finalmente, los estudiantes técnicos superior en enfermería seguirán el modelo de Virginia Henderson basado en el cuidado de las 14 necesidades básicas del ser humano adaptado al cuidado comunitario de pacientes que residen en el Cantón Rumiñahui, siendo un apoyo fundamental para el paciente que en cierto porcentaje perdió su autonomía personal, dependiendo de otra persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, teniendo en cuenta cómo se va a realizar el procedimiento de sueroterapia, cuando se encuentra indicado, observaciones a tomar en cuenta, cuidados de enfermería, el procedimiento descrito en orden y como adaptarse a realizar esta técnica en la casa con los materiales que se tengan y evitando complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente (Ballesteros Peña S et al., 2022).

Objetivo

Objetivo General

Estandarizar los procedimientos e intervenciones de enfermería en la sueroterapia venosa a pacientes ambulatorios que viven en el Cantón Rumiñahui y barrios aledaños.

Objetivos Específicos

- Demostrar destrezas en la preparación adecuada de la sueroterapia venosa, incluyendo la técnica de asepsia y la aplicación de medidas para prevenir infecciones relacionadas con catéteres periféricos.
- Brindar cuidados directos a los pacientes con sueroterapia venosa en cuanto a monitorización constante de signos vitales.
- Demostrar el conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones y precauciones asociadas a la sueroterapia venosa.

Alcance

El alcance de este protocolo referente a la sueroterapia venosa será de tal magnitud que los técnicos superior en enfermería atiendan las 14 necesidades de Virginia Henderson de los pacientes que requieran cualquier tipo de cuidado de salud y que estos se encuentren en sus domicilios dentro de las parroquias y barrios que conforman el Cantón Rumiñahui, a su vez también a pacientes que hayan sido atendidos en el RUMI MEDIC CENTER, quienes dependiendo de sus diagnósticos clínicos deben estar al cuidado directo constante de un profesional de salud que lo cuide y disminuya factores que compliquen o pongan en peligro su estado hemodinámico. Siendo así se necesita un documento que respalde los procedimientos a poner en práctica al momento de estar con el paciente y manipularlo ante cualquier cuidado que este requiera. Por ende, es muy indispensable que el Técnico Superior en Enfermería fundamente sus actuaciones que realizará al paciente ante cualquier necesidad que este necesite.

Responsables

Los responsables encargados de poner en práctica el procedimiento, intervenciones y cuidados de enfermería en correspondencia a la colocación de suero terapia son los estudiantes Técnicos Superior en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui, quienes proporcionarán cuidados diarios dependiendo de la patología existente a pacientes directamente en sus domicilios dentro del Cantón Rumiñahui.

Campo de Aplicación

En el protocolo presentado se estandarizan los cuidados de enfermería antes, durante y después la colocación de sueroterapia venosa con el fin de prevenir eventos adversos indeseables. El cual se pondrá en acción con cualquier tipo de paciente que necesite suplir algún tipo de necesidad de la vida diaria y que éste resida dentro del Cantón Rumiñahui, recalcando que no habrá criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta que los cuidados se ofrecerán a todos los pacientes que necesiten de cuidados directos de los estudiantes Técnicos Superiores en Enfermería del Instituto Universitario Rumiñahui en sus domicilios ya sea para prevención de complicaciones o de seguimiento constante.

Normas y Disposiciones Generales

Base Legal

En la Constitución del Ecuador dentro del Régimen del Buen Vivir en el capítulo de Inclusión y equidad dentro de la sección segunda que habla sobre la Salud nos detalla en el Artículo 358 que la Salud se debe ofrecer a cualquier individuo ya sea en el campo hospitalario o comunitario el cual tendrá como finalidad la protección, desarrollo, recuperación de capacidades y habilidades que propicien una vida digna, segura y saludable, abarcando al ser humano en todas sus esferas biopsicosociales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

También en el artículo 360 expone que el sistema de salud garantizará a través de instituciones ya sean estas públicas o privadas, servicios de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención integral individual, familiar y comunitaria a cualquier tipo de paciente que así lo requiera (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

Disposiciones Generales

El siguiente protocolo será aplicable para todo tipo de persona que necesite de la administración de sueros vitamínicos, recalcando que se debe tomar en cuenta prescripciones médicas para su realización, a continuación, se detalla definiciones generales que se manejarán durante la realización de todo el procedimiento, materiales a utilizar, el procedimiento ordenado y los cuidados de enfermería a ofrecerse.

Tomar en cuenta posibles signos de alarma, a su vez el cambio de la vía periférica se debe evaluar el estado del paciente y en la administración del suero vitamínico, verificar el estado del catéter y piel para su debido mantenimiento el cual debe ser realizado cada 72 horas estandarizado, dependiendo de valoraciones por parte del profesional de salud se puede cambiar el catéter antes del tiempo estipulado (Sosa Barrios Rosa Haridian et al., 2021).

Definiciones

Catéter Venoso Periférico.- Es un dispositivo en forma de tubo delgado, plástico y flexible el cual se inserta en una vena para la administración de medicamentos en el torrente sanguíneo ya sea por fines terapéuticos o de diagnóstico (García Expósito Judith et al., 2022).

Suero Vitaminado.- Los sueros vitaminados o multivitamínicos son la mezcla de vitaminas, minerales y aminoácidos que ayudan a la recuperación de un paciente después de un procedimiento (Olivera María Eugenia et al., 2021).

Alcohol 70%.- Antiséptico bactericida con actividad germinicida utilizado para desinfectar zonas de la piel para que queden libres de bacterias cutáneas. (Olivera María Eugenia et al., 2021).

Llave de tres vías.- Dispositivo de conexión para catéteres utilizado para la administración controlada de infusiones intravenosas y evitar más punciones a los pacientes (García Expósito Judith et al., 2022).

Desarrollo del Protocolo

Materiales

Materiales a utilizar en la inserción del catéter periférico:

- Llave de tres vías
- Algodón
- Contenedor para material punzante
- Esparadrapo
- Fármacos prescritos
- Gasas
- Jeringuillas
- Solución antiséptica
- Solución salina
- Guantes de manejo

- Equipo de venoclisis (Bodenham Andrew, 2017)

Materiales a utilizar en el cuidado y mantenimiento del catéter periférico:

- Antiséptico: Alcohol
- Apósitos (Tegaderm)
- Funda para residuos
- Algodón
- Esparadrapo hipoalergénico
- Gasas
- Guantes de manejo
- Jeringuillas
- Suero fisiológico (Bodenham Andrew, 2017)

Recursos Humanos

Técnico Superior en Enfermería

Observaciones

Tener en cuenta las siguientes indicaciones y valorar de manera constante al paciente antes, durante y después de la colación del suero vitamínico, algunas de ellas se detallan a continuación para evitar posibles complicaciones:

- Verificar si el paciente es alérgico a la medicación prescrita por el médico.
- Si el paciente es alérgico realizar una prueba de alergia (preferentemente por vía intradérmica).
- Verificar si el paciente no presenta alguna patología.
- Informar al paciente de la colocación del suero vitamínico que se le va a colocar.
- Limpiar la entrada de la llave de tres vías con antiséptico.
- Administrar el medicamento lentamente o a la velocidad de infusión.
- Verificar con una jeringuilla con suero fisiológico con 3cc para comprobar si la vía se encuentra permeable (Ballesteros Peña S et al., 2022).

Procedimiento

Para la colocación de la sueroterapia venosa indistintamente de la prescripción médica en los domicilios de los pacientes, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos en orden cronológico del procedimiento para evitar posibles complicaciones, los cuales son:

1. Buscar un lugar limpio y adecuado para la realización del procedimiento.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda para la administración del suero vitamínico.
7. Colocar un soporte para el suero vitamínico.
8. Conectar el equipo de venoclisis en la llave de tres vías.
9. Colocarse los guantes de manejo.
10. Conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 ó 3 cc. de suero fisiológico.
11. Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico en caso de que se encuentre manchada con restos sanguíneos.
12. Desechar la aguja o la guía en el contenedor para material punzante.
13. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a sus objetos personales para evitar que la vía colocada se salga.
14. Recoger todo el material utilizado y desecharlos en los basureros correctamente.
15. Retirarse los guantes.
16. Realizar lavado de manos.
17. Rotular fecha de colocación, de la medicación administrada, hora e iniciales de quien colocó.
18. Rotular en el equipo de infusión fecha de colocación o cambio e iniciales de quien colocó / cambió el equipo.
19. Anotar en registros:
 - Fecha y hora de colocación
 - Calibre del catéter
 - Responsable del procedimiento(Laura Shane-McWhorter, 2022)

Mantenimiento y Cuidado de la Vía Venosa Periférica durante la Sueroterapia Venosa

1. Colocar al paciente en un lugar adecuado para la realización del procedimiento dentro de su domicilio.
2. Realizar lavado de manos.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes de manejo para las manipulaciones del sistema y cambios del apósito.
7. Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
8. Vigilar el punto de punción, observando que no haya signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado.
9. Limpiar con antiséptico el punto de punción, con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
10. Utilizar llave de tres vías con alargadera para que la manipulación sea menos traumática si fuera en lo mayor posible.
11. Mantener la llave de tres vías bien cerrada (con sus taponés).
12. Desinfectar las entradas de la llave de tres vías con antiséptico siempre que se utilice.
13. Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso.
14. Anotar en registros enfermeros el procedimiento realizado (Duhau Mariana et al., 2022).

Anexos



Figura 12. Escala Visual de Valoración de Flebitis.

Fuente: (Ferraz Torres M et al., 2022).

Bibliografía

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449.

Ballesteros Peña S, Fernández Aedo I, Vallejo De la Hoz G, Tønnesen J, & Miguez C. (2022). Identificación de medicamentos intravenosos potencialmente irritantes. *Enfermería Intensiva*, 3, 132-140.

Bodenham Andrew. (2017). Acceso Vascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28, 713-726.

Duhau Mariana, Peuchot Veronica, & Santa Maria Cecilia Mónica. (2022, August 31). Procedimiento de inserción y cuidado del Catéter Venoso Periférico Corto (CVPc).

García Expósito Judith, Reguant Mercedes, Almenta Saavedra José Alberto, Díaz Segura Claudia, & Roca Judith. (2022). Un instrumento de evaluación del aprendizaje para el manejo de catéteres venosos periféricos: adaptación, extensión y validación en español. *Enfermería Global*, 21, 158-183.

Laura Shane-McWhorter. (2022, January 15). Terapia vitamínica intravenosa (cóctel de Myers) .

Olivera María Eugenia, García Mónica Carolina, & Manzo Rubén Hilario. (2021). El Alcohol como Antiséptico y Desinfectante. Bitacora Digital , 7.

Sosa Barrios Rosa Haridian, Burguera Vion Víctor, & Gomis Coutob Antonio. (2021). Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. Nefrología al Día, 1-17.

Ferraz Torres M, Corcuera Martínez MI, Sancho Sena E, Aldonza Torres M, Maali Centeno S, Martínez Ortega MC, & Suárez Mier MB. (2022). Estudio experimental aleatorizado para la evaluación de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 44, 417-426.

Acerca de los Autores



Mario Oswaldo Garzón Páramo

Licenciado en Terapia Física. Diplomado Superior en Docencia Universitaria. Docente Titular Auxiliar e Investigador del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui. Coordinador de la Carrera de Técnico Superior Universitario en Rehabilitación Física. Coordinador de Prácticas Pre Profesionales, de Vinculación con la Sociedad del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui.



Camila Isabel Morocho Lala

Licenciada en Enfermería, Docente Titular Auxiliar e Investigadora. Coordinadora encargada de la Carrera de Técnico Superior en Enfermería del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui (2023). Par Evaluador Interno en el proceso de Acreditación y Autoevaluación del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui.



Cristhian Andrés Sánchez Valladolid

Licenciado en Enfermería. Docente Titular Auxiliar e Investigador del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui. Coordinador de Prácticas Pre profesionales de la Carrera de Técnico Superior en Enfermería del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui.



Byron Javier Ponce Imbaquingo

Licenciado en Enfermería. Magíster en Gestión del Cuidado mención en Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos. Docente Titular Auxiliar e Investigador del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui. Docente Tutor Universidad Metropolitana (Internado Rotativo).



Janet Alexandra Almeida Factos

Licenciada en Enfermería. Docente titular Auxiliar e Investigador del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui. Docente del curso auxiliar de Enfermería de la Cruz Roja Ecuatoriana.



Dewis Esqueila Brice Hernández

Licenciada en Enfermería. Magíster en Enfermería mención Salud Comunitaria. Diplomatura en Capacitación Docente. Docente Titular Auxiliar e Investigador del Instituto Tecnológico Universitario Rumiñahui. Coordinadora de las Carreras de Técnico Superior en Enfermería y Técnico superior Universitario Emergencias Médicas en el Instituto Tecnológico Superior Rumiñahui. Docente de pregrado y postgrado en la Universidad Metropolitana del Ecuador y Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Autora de los libros: Proceso de Atención de Enfermería en Urgencias y otros niveles de Atención 2022. Cuidados de la mujer. Prevención contra la violencia, un derecho humano 2022.

PROTOSCOLOS DE ENFERMERÍA:



En el dinámico y complejo entorno de la atención de la salud actual, la enfermería desempeña un papel fundamental en la prestación de cuidados integrales, centrados en el paciente. Con la creciente demanda de servicios ambulatorios y el envejecimiento de la población, surge la necesidad imperante de evolucionar y adaptar los modelos de cuidado existentes para garantizar la excelencia en la atención.

Este libro, "Protocolos de Enfermería: Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios", se embarca en un viaje transformador hacia la optimización de la atención ambulatoria a través de la aplicación innovadora y centrada en el paciente del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson. La visión de Henderson, que destaca la importancia de considerar al individuo en su totalidad, se convierte en el cimiento sobre el cual construimos protocolos diseñados específicamente para el ámbito ambulatorio.

ISBN: 978-9942-8894-3-0



9 789942 889430