



MANUAL DE ENFERMERÍA



JULIO 2012

MANUAL DE ENFERMERÍA

AUTORIDADES

Director del Departamento de Desarrollo Social.
Prof. María Sara Ribero

Director División Salud
Lic. Pablo Anzalone.

Encargada de Dirección del Servicio de Atención a la Salud.
Lic. Enf. Alicia Guerra.

Directora de Apoyo Técnico Programático de Salud
Lic. Enf. Margarita Garay.

REVISIÓN , ACTUALIZACIÓN y COMPILACIÓN GENERAL

Directora Regional Centro.
Lic. Enf. Elsa Dávila
Lic. Enf. Laura Uturbey

COMITÉ DE REDACCIÓN

Lic. Enf. Silvia Ballesta
Lic. Enf. Lilián Cohen
Lic. Enf. Virginia De Iñigo
Lic. Enf. Rosario Gularte
Aux. Enf. Ana Trinidad
Lic. Enf. Edgard Tubín
Lic. Enf. Laura Uturbey

Participantes de los Talleres de discusión

Aux Enf Blanca Acosta, Aux Enf. Alvaro Amarilla, Lic Enf Eva Andrade, Aux Enf Sandra Alvarez, Lic. Enf Pedro Bentacur, Aux Enf. Álvaro Belando, Aux Enf. Gustavo Bertiz, Lic. Enf. Nelly De Biase, Aux Enf. Marcelo De Benthencourt, Aux Enf Graciela Di Cunto, Aux Enf Alejandro Cáceres, Aux Enf Miriam Calonge, Aux Enf. Gerardo Cuadro, Aux. Enf. Susana Casanova, Aux Enf. Teresa Cicunegui Lic. Enf M° Isabel Couchet, Lic. Enf. Alma Cohn, Lic. Enf. María Esther Galeano, Aux Enf Nancy Gallagi, Lic. Enf Alicia Gabbiani, Aux Enf Ana Grecco, Aux Enf Graciela González, Aux. Enf. Rosario De La Sierra, Pcte. José Elizalde, Aux Enf. Adolfo Herrera Aux. Enf. Norma Jarque, Lic. Enf. Edith Maciel, Aux. Enf. Adrián Mezza, Aux. Enf. Bernardina Melchor, Aux Enf Norma Nieves, Aux. Enf. Alejandro Rizzo, Aux. Enf. Ana López Lic. Enf. Martha Rodríguez Aux. Enf. Mónica Rodríguez, Lic. Enf. Margarita Rosano, Lic. Enf. Verónica Sánchez, Aux. Enf. Miriam Santana, Lic. Enf Carmen Sellanes, Aux Enf Gustavo Sierig, Aux. Enf. Adriana Sosa, Aux Enf José Roges, Lic. Enf. Victoria Tejera, Aux Enf Mabel Torres, Aux. Enf Alba Tricot, Lic. Enf. Ethel Toral, Lic. Enf. Enrique Viana.

MANUAL DE ENFERMERÍA

INDICE

PRÓLOGO.....	Pág.
BIOSEGURIDAD.....	Pág
CONTROLES.....	Pág
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.....	Pág.
CURACIÓN DE HERIDAS.....	Pág.
INMUNIZACIONES.....	Pág.
VISITA DOMICILIARIA.....	Pág.

MANUAL DE ENFERMERÍA

PRÓLOGO

Los municipios tienen cada vez mayor intervención, en las áreas relacionadas con la salud tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios, como en lo vinculado al saneamiento, medio ambiente, vivienda. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspicia y prioriza el programa “Municipios y Comunidades saludables” (Canadá – 1984). La idea fuerza de este programa, sustenta el concepto de que las estructuras y políticas locales tienen un profundo efecto en la salud de los integrantes de la comunidad. Las intendencias municipales son organizaciones con profundo arraigo a nivel local, capaces de liderar una acción interinstitucional e intersectorial y lograr una activa participación de la comunidad.

El denominado Servicio de Atención a la Salud (SAS) fue creado en la década del 60 y depende de la División Salud y Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Social de la Intendencia de Montevideo (IM).

El S.A.S forma parte del sub sector público en el Primer Nivel de Atención a la Salud y la brinda en la modalidad ambulatoria a través de Policlínicas zonales periféricas bajo un nuevo concepto sobre atención integral a la salud y distinguiéndose en el cambio de modelo de atención, la descentralización y la participación vecinal.

Su misión o propósito es: *“Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos, a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, sobre la base de elementos básicos de la Atención Primaria en Salud: integralidad, calidad de atención, accesibilidad, oportunidad, resolutivez, incorporando espacios de participación comunitaria y coordinación intersectorial.”*

La orientación del sistema sanitario nacional considera a la salud como un derecho, y al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud enfermedad), y al abordaje integral y en equipo interdisciplinario de los problemas de salud como la estrategia más adecuada.

Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad, ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y comunitaria y administración democrática, sustentan la base de la atención en las policlínicas municipales.

Para ello se apuesta a la formación, puesta al día y actualizaciones como pilares de inestimable importancia para la mejora de los cuidados enfermeros que, día a día, prestamos a nuestra población usuaria, lo que implica una mejora continua de la calidad asistencial y la excelencia como eje de dichos cuidados.

El presente Manual es una contribución a la estandarización de los cuidados pero también al trabajo en equipo y la integración e implicación del cuerpo enfermero del S.A.S en su propia actualización de conocimientos.

MANUAL DE ENFERMERÍA

BIOSEGURIDAD

1.- OBJETIVOS:

- 1.1.-Establecer una metodología sistemática que permita adoptar las medidas de prevención y control de la Bioseguridad.
- 1.2.-Maximizar las medidas de seguridad orientadas al mayor beneficio para el usuario, el personal, el servicio y el medio ambiente.
- 1.3.-Establecer las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.
- 1.4.-Minimizar los riesgos protegiendo al usuario, al trabajador de la salud, a toda la comunidad y al medio ambiente de agentes que son potencialmente nocivos.
- 1.5.-Determinar la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos.

2.- DEFINICIONES:

Bioseguridad: conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos.

Logra la prevención de los impactos nocivos y asegura que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los usuarios, trabajadores, familiares y medio ambiente.

Las normas de bioseguridad tienen como finalidad evitar que como resultado de la actividad asistencial se produzcan accidentes.

Se trata de medidas que operativamente tienden a proteger tanto al usuario como al personal de salud y su utilización tiene carácter obligatorio.

Las normas de bioseguridad disminuyen pero no eliminan el riesgo.

3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

3.1.-Normas de Bioseguridad en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Ministerio de Salud Pública .República Oriental del Uruguay 2008.

3.2.-Infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos en áreas asistenciales. Guías para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud. Ministerio de Salud Pública Organización Panamericana de la Salud. República Oriental del Uruguay .2009.

3.3.-Guía para la higiene de manos en centros sanitarios. MMWR. Vol. 51, Nº RR-16; 2002.

3.4.-Manual de Actualización de Normas para la prevención y control de Infecciones Hospitalarias .Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Uruguay (CASMU). Dpto. de Enfermería .Revisión 2008.

3.5.- Durach R, Del Castillo M, Efrón E Escurra C, Gueland I, Maimone S, Soloaga R. Epidemiología y control de infecciones en el Hospital. Ed. Guadalupe. 2006;47 428.

3.6.- “Decreto 406/88 de 3 de junio 1988, reglamento de la Ley 5.032 de 21 de julio de 1914, sobre Prevención de Accidentes en el Trabajo”. Intendencia Municipal de Montevideo. División Administración de Personal. Servicio de salud y seguridad Ocupacional. Publicado en el Diario Oficial N°22644.

4.-RECURSOS:

4.1- HUMANOS

- 1 Licenciado en Enfermería.
- 1 Auxiliar de Enfermería.

4.2.-MATERIALES

4.2.1.-De acuerdo a cada procedimiento.

5-DESCRIPCIÓN:

5.1.- Precauciones Estándar (P.S)

5.1.1. Higiene de Manos.

5.1.1.1.-Definición:

La higiene de manos es la medida esencial para reducir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra, y entre dos sitios distintos en un mismo usuario, se hayan o no usados guantes.

La higiene de manos inmediata debe efectuarse antes y después del contacto con cada usuario y después del contacto con sangre y fluidos corporales, secreciones, excreciones u objetos potencialmente contaminados.

Indicaciones del lavado de manos;

- Al ingresar al área de trabajo y al retirarse del mismo.
- Al terminar el turno en el lugar de trabajo.
- Al tocar zonas anatómicas del cuerpo
- Antes y después de ingerir líquidos y alimentos.
- Después de usar los sanitarios.
- Al finalizar la jornada laboral.
- Después de estornudar, toser, tocarse la cara, arreglarse el cabello

Se debe usar:

- ♦ Jabón común neutro para el lavado de manos de preferencia líquido.
- ♦ Jabón con detergente antimicrobiano o con agentes antisépticos en situaciones específicas

MANUAL DE ENFERMERÍA

5.1.1. Procedimiento:

Definición: Es el método más eficiente para disminuir el traspaso de material infectante de un individuo a otro y cuyo propósito es la reducción continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel. Se considera que la disminución o muerte de ésta es suficiente para prevenir las infecciones cruzadas.

Recursos Materiales: 1) agua y jabón
2) toallas de papel
3) papelera

Técnica:

- Retirar los accesorios de las manos: reloj, anillos, cintas, pulseras
- Abrir la canilla.
- Mojar las manos y las muñecas con agua.
- Colocar jabón y friccionar las manos entre si en forma vigorosa al menos durante 15 segundos (contar hasta 30), cubriendo todas las superficie de manos y dedos.
- Enjuagar las manos con agua debajo de la canilla dejando correr la misma desde los dedos hacia el codo. Escurrir sin juntar las manos, no sacudirlas.
- Repetir los 3 pasos anteriores.
- Secar las manos con toalla descartable desde los dedos.
- Cerrar la canilla con la última toalla de papel descartable del secado.
- Descartar el papel usado en la papelera con bolsa color negro.



Observaciones:

El personal de salud debe llevar uñas cortas y sin esmalte.

No debe usar alhajas en las manos, ni brazos, en el área de trabajo.

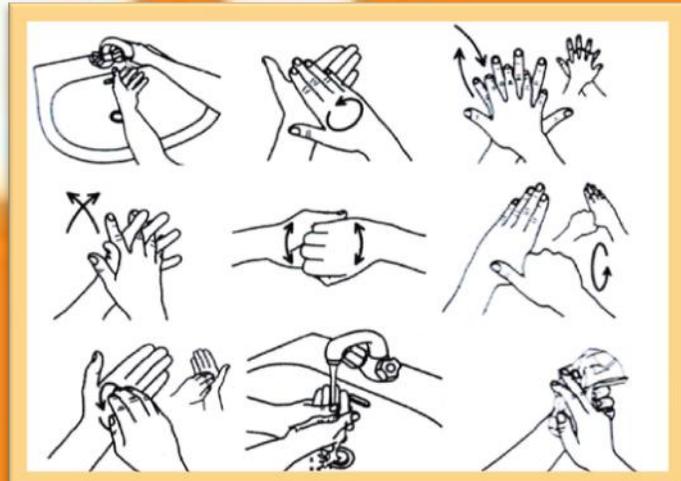
Preferentemente se deben de usar dispensadores de jabón líquido.

El jabón líquido debe ser de bajo potencial de irritación de la piel.

5.1.2.-Aplicación del alcohol-gel:

La aplicación de productos alcohólicos está indicada para la descontaminación rápida de manos y las manos deberán estar totalmente libres de suciedad visible.

No sustituye el lavado de manos en forma periódica y rutinaria, por lo cual hay que seleccionar las situaciones adecuadas para su uso, tales como campañas de vacunación u otras actividades que requieren de muchos procedimientos y con poco tiempo disponible entre uno y otro, o no se dispone de



MANUAL DE ENFERMERÍA

canillas en actividades fuera de la policlínica, por ej. : visitas domiciliarias.

Técnica:

- 1) Aplicar el producto en la palma de la mano
- 2) Frotar las 2 manos juntas, cubriendo todas las superficies de las manos y de los dedos, hasta que éstas queden secas
- 3) Seguir las recomendaciones del fabricante referente a la cantidad de producto a usar.

5.1.3. Elementos de Protección Personal (EPP)

5.1.3.1. Guantes.

El uso de guantes no exime el lavado de manos. .

Usar guantes cuando se toca sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y elementos potencialmente contaminados. Usar guantes justos y con la resistencia apropiada a la tarea.

Colocarse guantes limpios antes de tocar membranas mucosas o piel no intacta.

Si se tocaran superficies con guantes limpios pre o intra procedimientos estos deben descartarse.

Cambiar los guantes entre tareas y procedimientos en un mismo usuario, después del contacto con material que pueda contener alta concentración de microorganismos(no se deben tocar superficies con guantes limpios).

Sacarse los guantes inmediatamente después de su uso (con técnica apropiada), antes de tocar elementos no contaminados y superficies ambientales y antes de atender a otro usuario.

Desecharlos en bolsa adecuada (roja para material contaminado).

Lavarse las manos inmediatamente , para evitar la transferencia de microorganismos a otros usuarios o al medio ambiente.

5.1.3.2. Tapabocas, protección ocular y facial

Usar tapabocas para proteger las membranas mucoides, de nariz y boca durante procedimientos y actividades del cuidado del usuario , cuando es probable que se generen salpicaduras o sprays de sangre, fluidos corporales orgánicos, secreciones y excreciones. Se deben descartar finalizada la actividad .

Usar gafas para protección ocular durante procedimientos y actividades de cuidado del usuario, cuando es probable que se generen salpicaduras o sprays de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones. Se debe efectuar la higiene de los mismos finalizada la actividad.

5.1.4. Equipo para el cuidado del Usuario.

Los equipos reusables deben ser lavados, desinfectados o esterilizados luego de cada uso, siguiendo las instrucciones correctas.

Asegurar que el equipo reutilizable no es usado para el cuidado de otro usuario hasta que no haya sido apropiadamente limpiado y reprocesado, y los artículos descartables sean eliminados.

5.1.4.1.-Procedimiento de lavado de nebulizadores.

Propósito: Disminuir la transmisión de agentes contaminantes entre usuarios y personal, mediante un procesamiento adecuado de desinfección de los nebulizadores.

Técnica:

- Luego de finalizada la nebulización ,dejar sumergidos los nebulizadores desarmados , en agua jabonosa (hasta 10 minutos), con el fin de favorecer el desprendimiento de las secreciones.



MANUAL DE ENFERMERÍA

- Colocarse guantes, cepillar y enjuagar.
- Sumergir en una solución de hipoclorito con concentración de 1 g/lt (12,5 c/c de solución de cloro al 1%, medidos con jeringa, en 500 c/c de agua).
- Dejar reposar durante 15 minutos. Retirar y enjuagar profusamente.
- Dejar secar.
- Guardar en lugar seco y protegidos del polvo.
- Limpiar y ordenar el material utilizado.

5.1.4.2.-Procedimiento :Procesamiento de material respiratorio

Materiales:

Máscaras de Oxígeno, inhala cámaras, frascos de humidificación.

Procesamiento:



5.1.4.3.-Procedimiento de lavado de Instrumental:

5.1.4.3.1.-Propósito: Disminuir la transmisión de agentes contaminantes entre usuarias/os y/o personal, mediante un procesamiento adecuado de desinfección y esterilización del instrumental y/o dispositivos utilizados y reusables.

5.1.4.3.2.-Conceptos Generales:

Limpieza:

Es el proceso mediante el cual se eliminan materias orgánicas y otros elementos extraños de los objetos en uso, mediante el lavado con agua, con o sin detergente, utilizando una acción mecánica o de arrastre.

La limpieza debe preceder a todos los procedimientos de desinfección y esterilización.

Desinfección:

Proceso que elimina la mayoría de los microorganismos patógenos excepto las esporas de los objetos inanimados.

Se efectúa mediante procedimientos en los que se utilizan principalmente agentes químicos en estado líquido, la pasteurización a 75°C y la irradiación ultravioleta.

El grado de desinfección producido depende de varios factores:

- ♦ Carga orgánica del objeto: si la limpieza fue inadecuada y existe materia orgánica (sangre) presente, el desinfectante se inactiva.
- ♦ Calidad y concentración del agente antimicrobiano.
- ♦ Naturaleza de la contaminación de los objetos.
- ♦ Tiempo de exposición al agente antimicrobiano.
- ♦ Configuración física del objeto.
- ♦ Tiempo y pH del proceso de desinfección.

Esto determina distintos niveles de desinfección según los procedimientos y agentes antimicrobianos empleados.

Descontaminación:

MANUAL DE ENFERMERÍA

Tratamiento químico aplicado a objetos que tuvieron contacto con sangre o fluido corporales, con el fin de inactivar microorganismos en piel u otros tejidos corporales.

Esterilización:

La esterilización es la destrucción de todos los gérmenes, incluidos esporos bacterianos, que pueda contener un material, en tanto que desinfección que también destruye a los gérmenes, puede respetar los esporos.

A. Esterilización por vapor:

Es el método de elección para el instrumental médico re-utilizable. Se debe mantener por lo menos 20 minutos luego que se hayan alcanzado los 121°C a una presión de dos atmósferas.

B. Esterilización por calor seco:

Debe mantenerse por dos horas a partir del momento en que el material ha llegado a los 170°C.

C. Esterilización por inmersión en productos químicos:

Si bien los ensayos de laboratorio han demostrado que numerosos desinfectantes que se usan en los servicios de salud son eficaces para destruir al HIV, la inactivación rápida que suelen sufrir por efecto de la temperatura o en presencia de material orgánico, no hace fiable su uso regular (ej.: Compuestos de amonio cuaternario, Timersal, Iodóforos) Estas sustancias no deben ser utilizadas para la desinfección.

5.1.4.3.3.-Técnica:

- El técnico que utilice el instrumental deberá colocarlos en un recipiente con capacidad suficiente .
- Al finalizar la consulta se procederá a:
- Reunir el instrumental utilizado en un recipiente de poliuretano rígido.
- Reunir el material de limpieza: detergente, cepillo.
- Colocarse 2 pares de guantes
- Retirar el material del recipiente y colocarlos en la pileta donde se realizará el lavado
- Para abrir la canilla, retirar el guante externo y después volver a colocarlo.
- Lavar por arrastre cada instrumental, desarmándolo previamente (si fuese necesario) ,utilizando cepillo y detergente.
- Enjuagar con abundante agua, evitando salpicar.
- Colocar luego en un recipiente con la dilución recomendada de Hipolclorito 2 tazas (5 grs) en cinco litros de agua , durante 20 minutos controlando estrictamente el tiempo.
- Enjuagart con abundante agua.
- Dejar secar sobre una superficie limpia, por ej. papel camilla.
- Realizar doble envoltura de papel de estraza en cada material.
- Registrar en el envoltorio exterior con marcador indeleble: fecha , nombre del material, quien lo realizó.
- Colocar en bandeja las piezas envueltas.
- Colocar en Pupinell (retirándose previamente el guante externo) a 170 grados C durante dos horas
- Limpiar y acondicionar el material y área utilizada
- Colocar el instrumental esterilizados en un recipiente limpio con tapa (cilindro o caja metálica).
- Recordar que la duración de la esterilización por calor es de 7 días, luego de los cuales se debe volver a realizar el procedimiento de esterilización y cambiar la fecha externa de los paquetes.

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Realizar este procedimiento para todo el material médico, odontológico, de enfermería y quirúrgico.

5.1.5. Higiene de espacios físicos:

5.1.5.1-Las áreas de enfermería (limpia y de limpieza) deben mantenerse en adecuado orden e higiene.

Diariamente debe limpiarse el carro de curaciones y la camilla, con alcohol al 70%(si no hubiese rastros visibles de materia orgánica ,de lo contrario debe realizarse la limpieza con dilución de hipoclorito al 2%).

Semanalmente debe realizarse un lavado profundo con agua jabonosa .

Las mesadas deben limpiarse diariamente con alcohol al 70% antes del comienzo y finalización de cada guardia y antes de comenzar y al finalizar procedimientos.

La medicación y material que se encuentre en el área debe ser la estrictamente el necesario.

Debe realizarse el control estricto del vencimiento y condiciones de uso del material y medicación a utilizar.

5.1.6.- Manejo de residuos sólidos hospitalarios (RSH).

La gestión de residuos debe ser considerada como una parte muy importante de la seguridad en los Servicios Asistenciales.

La mejor manera de racionalizar los residuos es mediante una gestión integrada cuyos pilares básicos son la minimización, la segregación y la eliminación controlada (disposición).

Las formas más frecuentes de tratamiento de los residuos sólidos son la incineración y la esterilización por autoclave.

Para ello se transfieren los residuos a empresas autorizadas, lo que debe hacerse en recipientes rígidos que deberán ser transportados de forma regulada

Los residuos sólidos hospitalarios son aquellos residuos sólidos que se generan en el área de la prestación de servicios asistenciales.

Se clasifican de acuerdo a:

RSH contaminado: presenta o potencialmente pudiera presentar características infecciosas, corrosivas, reactivas tóxicas, explosivas, inflamables , irritantes y/o radioactivas y que puedan constituir un riesgo para la salud o el ambiente.

RSH común : no reviste o potencialmente pudiera revestir ninguna de las características descritas en el ítem anterior, Iguualmente se debe tener en cuenta tratar todo residuo como contaminado.

Generalidades :

-Todos los elementos para eliminación de residuos ya sean bolsa rojas o descartadores cortopunzantes deben tener el logo de material biológico de riesgo.



-En caso de drenajes o catéteres que no entren en el recipiente destinado para ello , se deben desechar en cualquier recipiente de plástico vacío (excepto el de refresco) y con tapa , el cual se identificará con rótulo de contaminado y se desechará en bolsa roja.

-Los residuos sólidos deben ser descartados en la red cloacal previo descarte del recipiente , teniendo las precauciones de evitar salpicaduras en piel y mucosas.

Objetos corto punzantes:

MANUAL DE ENFERMERÍA

Tomar las precauciones para prevenir injurias cuando:

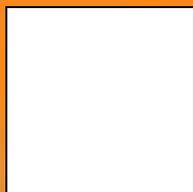
- Se usan agujas, bisturíes y otros elementos o dispositivos punzantes.
- Se manipulan instrumentos punzantes después de procedimientos.
- Se limpian los instrumentos utilizados.
- Se descartan las agujas usadas.

Nunca reencapsular las agujas usadas, ni manipularlas usando ambas manos o cualquier técnica que implique dirigir la punta de la aguja hacia cualquier parte del cuerpo.

No remover las agujas usadas de las jeringas con las manos, ni doblarlas o romperlas (no manipular las agujas usadas con las manos).

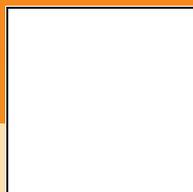
Colocar agujas, jeringas, bisturíes u otros objetos punzantes en contenedores resistentes a la punción, los cuales deben estar lo más cerca posible del lugar donde se utiliza el instrumento corto punzante.

A su vez estos contenedores deben ser descartados: dejando $\frac{1}{4}$ de su capacidad sin utilizar, cerrándolo con su tapa, la cual debe sellarse con cinta autoadhesiva resistente y colocarlos dentro de la bolsa de nylon correspondiente, identificando el material contaminado.



Características de los descartadores:

- ◆ Se considera descartador al recipiente donde se depositan, con destino a su eliminación por incineración, todos los materiales cortopunzantes.
- ◆ Estos descartadores no deben bajo ninguna circunstancia ser reutilizados.
- ◆ El descartador debe estar hecho con material resistente a los pinchazos y compatible con el procedimiento de incineración sin afcción del medio ambiente.
- ◆ Es recomendable que los descartadores tengan asa para su transporte y que la mismapermita manipularlo lejos de la abertura del descartador.
- ◆ La abertura debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado, la mano del operador no sufra riesgo de accidente.
- ◆ El descartador debe tener tapa para que cuando se llene hasta las tres cuartas partes del volumen del mismo, se pueda obturarlo en forma segura.
- ◆ Los descartadores deben ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante y una inscripción advirtiendo que se manipule con cuidado.
- ◆ Deberá tener dicha inscripción y símbolo, de dimensiones no menores a un tercio de la altura mínima de capacidad del recipiente y con dos impresiones, de forma de visualizarlo fácilmente desde cualquier posición.



MANUAL DE ENFERMERÍA

Manejo y eliminación del material contaminado y desechos.

Manejo en el lugar de generación :

1. Los desechos deben ser colocados directamente en bolsas especiales en el momento de su generación, por lo tanto éstas tienen que estar ubicadas en el lugar donde se brinda la atención.

2. Las bolsas tendrán las siguientes especificaciones:

- De material impermeable.
- Espesor de 60 a 80 micras.
- Color rojo.
- Opacas.
- Con el símbolo internacional de residuos biopeligrosos.
- Capacidad máxima de 8 a 10 kilos.
- Con aditamento para sellarse o amarrarse fácilmente.
- De polipropileno de alta densidad, si van a ser sometidas a autoclave.
- De polietileno si no van al autoclave.
- Rotuladas o etiquetadas con el nombre del servicio donde van a ser usadas.
- De diferentes tamaños según el uso.
- La bolsa debe ser colocada dentro de un recipiente, cubriendo completamente el borde del mismo, con un doblado de por lo menos 10 cms de longitud.



3. El recipiente debe tener las siguientes características:

De diferentes tamaños, según el uso.

De superficie lisa, redondeada por dentro.

Con una capacidad máxima de 100 litros para residuos secos y de 50 litros para húmedos.

Con tapa segura, bien adaptada.

4. La bolsa no debe ser llenada en toda su capacidad, sino hasta 2/3, o en el límite señalado por el fabricante.

5. Las bolsas se llenarán, amarrarán, y serán depositadas en otro recipiente ,por el Auxiliar de Servicio, con las mismas características señaladas en el punto anterior y de mayor tamaño. Con un manubrio que facilite su desplazamiento, con rodines, estable (con el mínimo riesgo de vuelco) y silencioso.

6. Este depósito debe ser identificado con el nombre de los residuos que contiene, ubicado en el cuarto área séptica del Servicio de Atención.

7. Debe tener impreso el símbolo internacional de desechos biopeligrosos y permanecer tapado.

8. Debe ser retirado, de preferencia dos veces a la semana, de acuerdo la capacidad del área de depósito.

9. Cuando los residuos infecciosos son líquidos deben depositarse en recipientes rígidos con tapa hermética antes de ser depositados en la bolsa.

MANUAL DE ENFERMERÍA

RSH comunes	RSH contaminados.
<p>En bolsa negra.</p> <ul style="list-style-type: none">• Papelería.• Vajilla descartable.• Restos de alimentos .• Envases descartables.• Jeringas utilizadas para cargar medicación sin sangre.• Sachets y tubuladuras de sueros• Frascos de medicación utilizados de plástico.• Material blanco no embebido en sangre.• Guantes que no estén impregnados de sangre.• Ropa descartable no impregnada en sangre.• Pañales no impregnados en sangre.• Nebulizadores no reutilizables.• Residuos generados en limpieza del área.• Sanitas	<p>En bolsa roja.</p> <ul style="list-style-type: none">• Material blanco embebido en sangre.• Tubuladuras con sangre intraluminal.• Jeringa con sangre sin aguja.• Llave de triple vía y catéteres no punzantes embebidos en sangre.• Guantes impregnados en sangre.• Bolas de aspiración selladas con líquido aspirado.• Drenajes no cortopunzantes.• Frascos de drenajes , luego de vaciar contenido en red cloacal. <p>Recipiente para material cortopunzante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recipiente con muestras de sangre para laboratorio.• Material cortopunzante.• Jeringa con aguja incorporada.

5.1.6 Manejo de los accidentes laborales .

Recuerde la aplicación de medidas de protección antedichas con todos los usuarios , no haga excepciones.

Frente a un accidente laboral , debe realizar el trámite correspondiente según normas laborales.

Todos los accidentes con material biológico serán tratados de la siguiente manera, debido al riesgo de poder transmitir HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, entre otros:

1. En caso de contacto con mucosas ejecutar arrastre mecánico con abundante solución fisiológica estéril, no menos de diez minutos.

2. En caso de herida cortante lavar la zona con abundante agua y jabón, favorecer el sangrado y de ser necesario cubrir con gasa estéril.

4. Se informará de inmediato al responsable del Servicio, el cual informará vía telefónica y escrita del incidente o accidente laboral, al Servicio de Atención a la Salud.

5. Se derivará al accidentado al Banco de Seguros.

6. Si el accidentado se niega a efectuarse la evaluación analítica se deja constancia tal proceder con la firma del mismo en su legajo personal.

7. El monitoreo biológico del accidentado se efectuará de acuerdo a la Norma para HIV.

8. En ella constatarán los datos de identificación, antecedentes personales y se efectuará el seguimiento clínico correspondiente, completando la Ficha epidemiológica a medida que se vayan obteniendo los resultados. Debe identificarse, en lo posible, al usuario con cuya sangre se produjo el accidente y valorar sus antecedentes epidemiológicos y conductas de riesgo, dejando constancia en la misma Ficha.

10. Se brindará asesoría al accidentado sobre las medidas de protección que guardará hasta conocer su estado serológico y se le brindará el tratamiento profiláctico estipulado según sea el caso.

MANUAL DE ENFERMERÍA

6.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Entrega de Residuos .

7.-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

MEDICIONES Y CONTROLES

1. MEDICIÓN Y CONTROL ANTROPOMÉTRICO

1.1-OBJETIVOS.

1.1.1.- Establecer una metodología sistemática que permita la realización correcta y segura de las mediciones y controles antropométricos .

1.1.2.-Unificar criterios para la realización de los mismos, con fines preventivos y/ o diagnósticos.

1.2-DEFINICIONES:

La antropometría es una técnica ampliamente usada en la evaluación y vigilancia del crecimiento y desarrollo, aspectos fundamentales de la valoración de la salud en individuos y comunidades.Consiste en una serie de mediciones técnicas sistematizadas que expresan cuantitativamente , las dimensiones del cuerpo humano.

Las principales medidas antropométrica son: peso ,talla, pliegues cutáneos, circunferencias y diámetros corporales a partir de las cuales se constituyen diversos indicadores que permiten realizar el diagnóstico antropométrico final.

Los datos antropométricos son más valiosos cuando se miden con precisión y se registran durante algún tiempo, así se podrán realizar comparaciones.

Los resultados obtenidos, deben evaluarse comparado con referencias estándar de acuerdo a edad y sexo del individuo (Percentiles en caso de los lactantes y niños, Índice de Masa Corporal en jóvenes y adultos) y registrados en la Historia Clínica y en el caso de los niños de acuerdo al Programa de Salud del Niño en el Carné de Salud del Niño/a.



1.3.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.3.1.-Esteve J, Mitjans J. Enfermería Técnicas Clínicas . España . Madrid. Ed :Mc Graww-Hill. Interamericana ;2002.

1.3.2.-Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. España, 3ra Edición , 2001.

1.3.3.-Fernandez S , Haula K, Manual de antropometría para la evaluación nutricional del adulto. Universidad Iberoamericana. México . México DF. 2009.

1.3.4.-World Health Organization (WHO). WHO Child Growth Standards: Length/height for-age, weight-for-age,weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Ginebra: 2006.Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html

MANUAL DE ENFERMERÍA

1.4.1- MEDICIÓN DE PESO EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES:

1.4.1.1- PROPÓSITO: Medición del cuerpo de recién nacidos y lactantes, calculado como la cantidad de masa que contienen y se puede expresar en gramos o kilogramos.

1.4.1.2.- RECURSOS:

1.4.1.2.1.- HUMANOS: Un operador. Puede ser necesario que la medición se realice con algún ayudante, que en éste caso puede ser la madre del niño.

1.4.1.2.2.- MATERIALES: 1 balanza pediátrica de pesas o electrónica.

1.4.1.3.- PROCEDIMIENTO:

1-Ambiente tranquilo, higienizado y con temperatura adecuada.

2-Explicar el procedimiento al usuario (ej: la madre quien comenzará a desvestir al lactante o al niño.)

3-Establecer comunicación con el usuario.

4- Asegúrese que la balanza se encuentre en condiciones adecuadas de higiene y sobre una superficie lisa ,horizontal y plana.

5- Tare la balanza con el pañal del bebé, colocando las pesas móviles en cero y moviendo el tornillo calibrador hasta que se encuentre en posición de equilibrio o calibrarla automáticamente en caso de que fuese electrónica.

6- Solicite a la madre que colabore quitando toda la ropa al niño.

7-Realizar de higiene de manos.

8-Al lactante se le debe posicionar sobre el centro de la plataforma de la balanza o en la bandeja de la balanza. Cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte. Mientras permanece en esta posición, la madre o acompañante deberá estar cerca para tranquilizarlo.

9-Efectuar la lectura con el fiel en el centro de su recorrido, hasta los 50 o 100g completos o esperar a que se estabilice la numeración electrónica.

10-Entregar el niño a la madre para que lo acondicione para la consulta pediátrica posterior.

11-Realizar higiene de manos.

12-Registrar el procedimiento de la medición.

1.4.1.4.- CONSIDERACIONES:

- Para pesar recién nacidos y lactantes la balanza contará con divisiones de lectura cada 50 g. o menos.

- Las balanzas deben ser calibradas preferentemente cada tres meses.

- Los niños deben pesarse sin ropa. Si esto no es posible se descontará luego el peso de la ropa usada.

Tarar.- Es el acto de descontar el peso de un objeto en la balanza

Calibrar.- Es hacer los ajustes necesarios para que la balanza pese correctamente, utilizando pesas patrón.

1.4.2.- MEDICIÓN DE PESO DE UN NIÑO O ADULTO:

MANUAL DE ENFERMERÍA

1.4.2.1. PROPÓSITO: Medición del peso del cuerpo de un usuario. Calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos .

1.4.2.2. RECURSOS:

1.4.1.2.1. HUMANOS: Un operador.

1.4.1.2.2. MATERIALES: 1 balanza de plataforma

1.4.2.3. PROCEDIMIENTO:

1-Ambiente tranquilo, higienizado y con temperatura adecuada.

2-Explicar el procedimiento al usuario.

3-Establecer comunicación con el usuario.

4- Asegúrese que la balanza se encuentre en condiciones adecuadas de higiene y sobre una superficie lisa, asegurarse que no existan desniveles o algo extraño bajo la balanza.

5- Coloque ambas pesas en "0" (cero), el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura.

6- En caso de que el extremo común de las varillas no se mantenga en la parte central de la abertura de la varilla vertical derecha que lo sostiene, realice los ajustes con el tornillo calibrador hasta que la varilla horizontal, se mantenga sin movimiento en la parte central de la abertura.

7- Solicite al usuario que se quite los zapatos y se quede con la ropa interior o cubierto con una ropa de tela muy liviana ubicándose en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

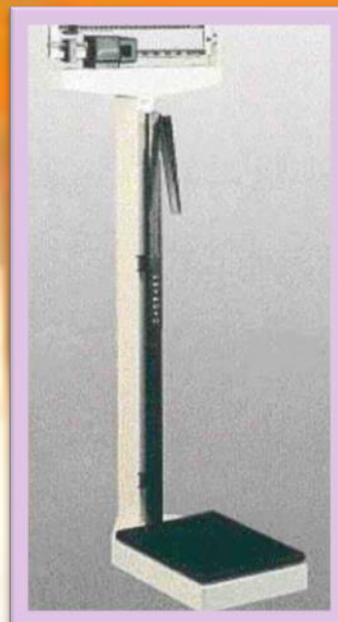
8-Mueva la pesa hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva.

9- Mueva la pesa pequeña hasta que el extremo común de ambas varillas se ubique en la parte central de la abertura que lo contiene.

10- Haga la lectura en kg y un decimal que corresponde a 100 g,

11-Realizar higiene de manos.

12-Registrar el procedimiento de la medición.



1.4.3. MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

1.4.3.1. PROPÓSITO: Medición máxima horizontal del cráneo de un recién nacido o lactante . Este procedimiento se realiza hasta los tres años inclusive.

1.4.3.2.- RECURSOS:

1.4.3.2.1.- HUMANOS: Un operador.

1.4.3.2.2.-MATERIALES: Cinta métrica, inextensible y flexible, con divisiones cada 1mm.

1.4.3.3.- PROCEDIMIENTO:

MANUAL DE ENFERMERÍA

- 1- Ambiente tranquilo, higienizado y con temperatura adecuada.
- 2- Explicar el procedimiento a la madre quien colaborará durante el mismo, colocando al lactante o al niño sobre la camilla.
- 3- Establecer comunicación con el niño y con la madre.
- 4- Realizar higiene de manos.
- 5- Colocar la cinta alrededor de la cabeza del niño, colocando la cinta al comienzo alrededor del hueso frontal en su punto más prominente, será elevada o descendida en forma paralela al plano de Frankfurt hasta alcanzar el perímetro máximo, aplicándola por detrás en la prominencia occipital.
- 6- Ajustar discretamente la cinta, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo donde se unen ambos extremos.
- 7- Realizar higiene de manos.
- 8- Registrar el procedimiento.

1.4.3.4.- OBSERVACIONES:

Es aconsejable, pero no imprescindible, que la cinta mida alrededor de 5mm. de ancho y que el cero de la escala esté a cierta distancia del extremo de la cinta, a fin de facilitar la lectura. Si la cinta es muy ancha y el perímetro a medir es pequeño, la superposición de los dos extremos puede ser fuente de error.

El plano de Frankfurt pasa por los meatos auditivos externos y los bordes inferiores de las órbitas. Si el niño tiene colocado en el cabello hebillas u otros objetos, se deben sacar para realizar la técnica sin sesgos. Recuerde no realizar modificaciones por la mayor o menor cantidad de pelo del usuario.

1.4.4.- CONTROL DE LONGITUD EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES:

1.4.4.1. PROPÓSITO: Medición de la longitud corporal máxima de Recién Nacidos y Lactantes en decúbito supino.

1.4.4.2. RECURSOS

1.3.4.2.1. HUMANOS: Un Operador. Es necesario que la medición se realice con algún ayudante, que en éste caso puede ser la madre del niño.

1.4.4.2.2.- MATERIALES:

El tallímetro deberá contar con las siguientes características:

- 1-Una superficie vertical rígida (puede ser una pared construida a plomada).
- 2-Un piso en ángulo recto con esa superficie, en el cual el usuario pueda pararse y estar en contacto con la superficie vertical. Puede ser el piso de material.
- 3-Una superficie horizontal móvil que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo con la superficie vertical.
- 4-Una escala de medición graduada en centímetros o milímetros, inextensible.
- 5- Una superficie vertical móvil que se desplace horizontalmente manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal y sin presentar "juego" en sentido lateral.

1.4.4.3.- PROCEDIMIENTO:

- 1- Ambiente tranquilo, higienizado y con temperatura adecuada.
- 2- Explicar el procedimiento a la madre quien comenzará a desvestir al lactante o al niño
- 3- Establecer comunicación con el niño y con la madre.
- 4- Realizar higiene de manos.
- 5- Colocar al niño en decúbito supino sobre una superficie horizontal plana (colocando previamente papel camilla sobre la superficie).

Verifique que:

MANUAL DE ENFERMERÍA

- . La cabeza del niño esté derecha.
- . La línea de visión forme un ángulo recto con el tablero del tallímetro.
- . El cuello del niño no esté metido en la cabeza.
- . Los hombros deben estar rectos.
- . El niño esté derecho sobre el tallímetro.
- . Debe haber una buena comunicación entre el antropometrista y el auxiliar.
- . Las rodillas no deben estar dobladas.
- . Los brazos estén pegados a los lados del cuerpo.
- . El niño no deberá inclinar el cuerpo.
- . La cadera no debe estar inclinada.

6- El ayudante mantiene la cabeza del niño en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo.

7- El operador que mide al niño estira las piernas de éste (realizando un movimiento de compresión en las rodillas) e inmediatamente empuje al niño hacia la base del tallímetro (el niño se corre hacia abajo cuando le bajan las rodillas).

y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la parte vertical móvil, hasta que esté firmemente en contacto con los talones del niño.

8- Efectuar entonces la lectura. En los recién nacidos, se debe hacer contactar la pieza móvil con el talón izquierdo solamente porque es muy difícil estirar las piernas en forma suave.

9- Entregar el niño a la madre para que lo acondicione para la consulta pediátrica posterior.

10- Realizar higiene de manos.

11- Registrar el procedimiento.

1.4.5. CONTROL DE TALLA:

1.4.5.1. **PROPÓSITO:** Medición máxima de la longitud líneal de un individuo.

1.4.5.2. RECURSOS

1.4.4.2.1. **HUMANOS:** Un operador

1.4.4.2.2. **MATERIALES:** Tallímetro.

1.4.5.3. PROCEDIMIENTO:

1- Ambiente tranquilo, higienizado y con temperatura adecuada.

2- Explicar el procedimiento al usuario. Ej.: a la madre quien comenzará a desvestir al niño.

3- Establecer comunicación con el usuario.

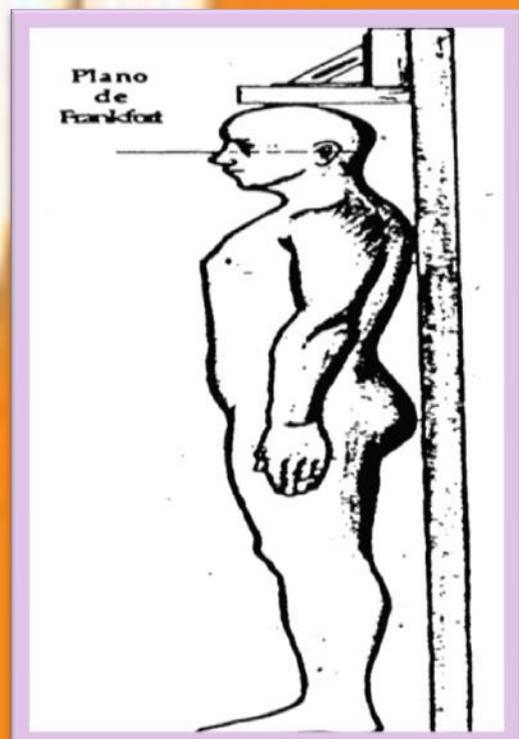
4- Realizar higiene de manos.

5- Colocar previamente papel camilla sobre la superficie horizontal.

6- El usuario se debe parar de espaldas, de manera tal que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con la superficie vertical. Puede ser necesario que un ayudante sostenga los talones en contacto con el piso y las piernas bien extendidas (especialmente en niños pequeños).

El sujeto

permanece de pie inmóvil en el centro de la plataforma con el peso del cuerpo distribuido



MANUAL DE ENFERMERÍA

entre ambos pies. Los talones permanecen juntos y los hombros relajados, para minimizar la lordosis. La cabeza debe sostenerse de forma que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que el meato auditivo externo (plano de Frankfurt). Las manos deben estar sueltas y relajadas.

7- Se desliza entonces una superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta que toque la cabeza del usuario.

8- Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire, haciéndose lo más alto posible. El estiramiento minimiza la variación de estatura que ocurre durante el día y que puede llegar hasta 2 cm.

9- Se efectúa entonces la lectura hasta el último cm. o mm.

10- Realizar higiene de manos.

11- Registrar el procedimiento.

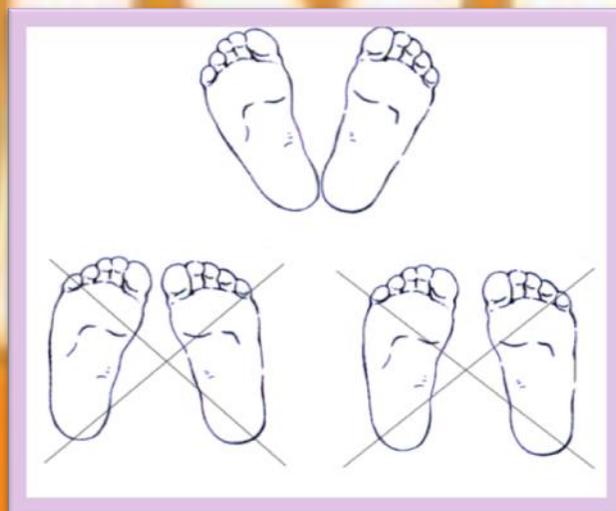
1.4.5.4. CONSIDERACIONES:

Técnica para pesar:

a) Ubique la balanza en una superficie lisa, asegurándose que no existan desniveles o algo extraño bajo la balanza.

b) Coloque ambas pesas en "0" (cero), el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura.

c) En caso de que el extremo común de las varillas no se mantenga en la parte central de la abertura de la varilla vertical derecha que lo sostiene, realice los ajustes con el tornillo calibrador hasta que la varilla horizontal, se mantenga sin movimiento en la parte central de la abertura.



2. MEDICIÓN Y HEMODINÁMICOS

CONTROLES

2.1.- OBJETIVOS :

2.1.1.- Establecer una metodología sistemática que permita la realización correcta y

MANUAL DE ENFERMERÍA

segura de la medición y controles hemodinámicos .

2.1.2.-Unificar criterios para la realización de las técnicas de control de presión arterial y glicemia .

2.2.- MEDICIÓN Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL:

2.2.1.: PROPÓSITO: identificar los valores de presión arterial de un usuario al momento de la medición de la misma .

2.2.2.- DEFINICIONES:

Presión arterial: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias y es imprescindible para que circule por los vasos sanguíneos y aporte oxígeno y nutrientes a todos los órganos del cuerpo para el cumplimiento de sus funciones. La Presión Arterial sistémica está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica.

Presenta dos componentes:

- 1) Presión Arterial Sistólica (PAS): valor máximo .Es el efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.
- 2) Presión Arterial Diastólica (PAD): valor mínimo .Depende de la resistencia vascular periférica.

Se considera Hipertensión Arterial cuando el promedio de tres medidas de PA es > 140/90 mmHg. en tres instancias realizadas en días diferentes y en condiciones adecuadas.

2.2.3 :REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

2.2.3.1.- 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial.Sociedad Uruguaya de Hipertension Arterial 2005.

2.2.3.2.-3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente Archivo de Pediatría Uruguay 2006; 77(3): 300-305

2.2.3.3- Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure The Seventh Report of the Joint National Committee J.N.C./VII.J.A.M.A.2003;289:2534-2573.

2.2.3.4- Ministerio deSalud. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1ra Ed. Santiago: Minsal, Chile 2006.

2.1.2.: RECURSOS:

2.1.2.1.: HUMANOS: Un operador.

2.1.2.2.: MATERIALES:

Bandeja conteniendo:-Esfigmomanómetro.

-Brazaletes con el tamaño adecuado.

- Estetoscopio.

-Torundas de algodón impregnadas en alcohol al 70%.

2.1.3. PROCEDIMIENTO:

1- El usuario debe descansar durante por lo menos 5 minutos, sentado previo al control. Debe quitarse el saco y/o abrigo, que lleve puesto y que ofrezcan dificultades para a la correcta maniobra .Al levantar la manga para poner el brazaletes ésta no debe apretar el brazo. El brazaletes no puede ponerse por encima de la ropa.

MANUAL DE ENFERMERÍA

2- El exámen debe realizarse en una habitación tranquila y a temperatura adecuada.

3-El brazalete debe medir entre 12 y 12,5 cm de ancho, lo suficiente para cubrir 2/3 del antebrazo como mínimo.

4- El usuario debe estar sentado y sin cambiar de posición, recién después se mide la presión en el brazo derecho. El brazo debe estar apoyado cómodamente de tal forma que la fosa antecubital quede al mismo nivel del corazón. La persona debe estar cómoda.

5-El brazalete no debe moverse. Los tubos de goma tienen que estar en forma simétrica a cada lado de la fosa cubital (para que la parte central de la bolsa de goma o manguito cubra la parte braquial). El borde inferior del brazalete tiene que estar 2 o 3 cm. por encima de la fosa cubital, como para dejar suficiente espacio para la campana del estetoscopio. El borde del brazalete no tiene que estar limitado por la ropa.

6-El observador tiene que estar en una posición cómoda en relación con la mesa donde se lleva a cabo el exámen.

El examinador:

*Mide el pulso radial con los dedos de la mano izquierda.

*Fijándose en el esfigmomanómetro y poniendo el reloj a nivel de la vista, el examinador insufla el brazalete rápidamente hasta llegar a una presión equivalente al nivel de insuflación máximo. Desde ese punto el examinador desinsufla la válvula del manguito a razón de 2mm de Hg por segundo, permitiendo que la presión descienda de manera lenta.

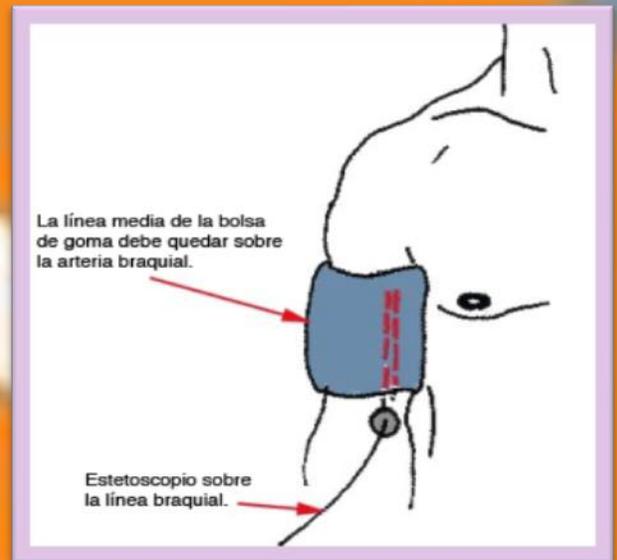
A medida que la presión baja, se registra la lectura apenas se escucha el sonido de la sangre pulsando (ruidos de Korotkoff). Ésta es la presión sistólica.

A medida que el aire continúa saliendo, los sonidos desaparecen. Se registra el punto en el cual el sonido desaparece. Ésta es la presión diastólica.

8- Luego vuelve a repetir la medición exactamente de la misma manera que lo hizo la primera vez .

9- Registrar el procedimiento.

10- Limpiar las olivas del estetoscopio con las torundas, ya que evita contaminación cruzada del conducto auditivo, con otro operador.



2.1.4. CONSIDERACIONES:

- Por lo menos una hora antes de la toma de presión arterial deben evitarse las siguientes actividades:

*) Ejercicios extenuantes.

*) Ingerir medicamentos que afecten la tensión arterial.

*) Comer y beber cualquier cosa excepto agua.

MANUAL DE ENFERMERÍA

*) Recordar que la vejiga llena puede afectar la PA.

Fuentes de error y factores que inciden en la medida de la presión arterial .

Factores relacionados con el usuario:

- Ansiedad.
- Calor físico.
- Comida reciente, tabaco, alcohol, café.
- Distensión vesical.
- Frío ambiental.
- Brazo mal apoyado.
- Presión de la vestimenta del brazo.

Factores atribuibles al observador:

- Déficit auditivo o visual.
- Técnica deficiente de insuflado- desinsuflado.
- Preferencia de dígitos terminales o “redondeo”.
- Sesgo del observador.
- Incomodidad, apuro o desinterés.

Factores relacionados con el aparato:

- Manómetro anerode mal calibrado.
- Tamaño o colocación del manguito inadecuado.
- Obstrucción o fugas en las conexiones o válvulas.



CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

La Tabla proporciona una clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años: Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, sentado en cada una de dos ó más visitas en consulta. La clasificación del “ Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial “ proporciona una nueva Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA) añade una nueva categoría denominada prehipertensión, y los estadios 2 y 3 han sido unidos. Los usuarios con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores.

La mayoría de la efectividad en la terapia prescrita por los médicos solo controlará la presión arterial si los usuarios están motivados. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas y confían en el Equipo tratante. La empatía construye la confianza y es un potente motivador.

2.2. MEDICIÓN Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS:

2.2.1. PROPÓSITO: Realizar la medición de la presión arterial en niños para la determinación grupos de riesgo y detectar usuarios con Hipertensión Arterial..

2.2.2. RECURSOS:

2.2.2.1. HUMANOS: Un operador.

MANUAL DE ENFERMERÍA

2.2.2.2. MATERIALES:

Bandeja conteniendo:

- esfigmomanómetro clínico estándar.
- mango adecuado para el brazo del niño (debe cubrir aproximadamente 2/3 de la longitud del brazo y el total de la circunferencia).
- estetoscopio.



2.2.3. PROCEDIMIENTO:

- Se debe medir en un ambiente tranquilo, luego de algunos minutos de reposo, sentados y con la fosa cubital sostenida a nivel del corazón.
- Es recomendable realizar 2 tomas y promediarlas.
- Lactantes y niños pequeños pueden estar recostados.
- Colocar el manguito.
- Colocar el estetoscopio donde late la arteria humeral por debajo del borde inferior del manguito y a unos 2 centímetros por arriba de la fosa cubital
- El manguito se insuflará de 20-30 mmHg por arriba de la presión sistólica supuesta, desinsuflando de 2 a 3 mmHg por segundo.
- La presión arterial sistólica se determina en el momento de aparición de los ruidos de Korotkoff y la desaparición de los ruidos equivale a la presión diastólica en los niños de todas las edades.

2.2.4. CONSIDERACIONES:

El valor de la presión arterial (PA) en niños es el factor más confiable para predecir la hipertensión en adultos. La Academia Americana de Pediatría recomienda evaluar a niños y adolescentes con PA en percentil mayor o igual a 95 en tres o más ocasiones, siendo la persistencia de dichas cifras riesgo de Hipertensión arterial (HTA).

La HTA en pediatría se clasifica en esencial (18-30%) y secundaria.

Se considera presión arterial normal, la que se encuentra por debajo del percentil 90 para edad y sexo.

Presión arterial alta aquella comprendida entre el percentil 90-95 .

Los percentiles de PA se presentan en tablas universalmente aceptadas de la Task Force on High Pressure in Children and Adolescents, que en su último informe de 2004 incluye los P50, P90, P95 y P99. Al obtener los valores de PA se los compara con los percentiles de PAS y PAD de la tabla, según edad, sexo y percentil de talla.

HA grado I es aquella en la que la PAS o la PAD HA grado I es aquella en la que la PAS o la PAD están por encima del P95, pero por debajo del P99 más 5 mmHg. La mayor parte de los niños y adolescentes hipertensos se ubican en esta categoría.

HA grado II es aquella en la que se supera el P99 más 5 mmHg.

2.3.5 .-CONTROL DE LA GLICEMIA:

2.3.5.1.- PROPOSITO: Medición máxima de los niveles de glucosa en sangre a través de la punción capilar.

2.3.5.2.-DEFINICIONES:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce

MANUAL DE ENFERMERÍA

insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

2.3.5.3.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2.3.5.3.1 Guías ALAD de diagnóstico y control y seguimiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2
Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Edición Extraordinaria. Suplemento N°1, año 2000.

2.3.5.3.2.-Clinical Guidelines Task Force IDF (Federación Internacional de Diabetes) Guía global para La diabetes tipo 2 -2005

2.3.5.3.2 Guía Clínica de DM2 MINSAL, Chile 2006

2.3.5.3.3 Disponible en :<http://www.who.int/diabetes/es/index.html>

2.3.5.4.- RECURSOS:

2.3.5.4.1. HUMANOS: un operador.

2.3.5.4.2. MATERIALES: Bandeja conteniendo:

- Monitores de niveles de glucosa.
- Tiras de prueba
- Lanceta para puncionar.
- Riñón descartable.
- Torundas.
- Alcohol al 70%.

2.3.5.5. PROCEDIMIENTO:

- Explicar el procedimiento al usuario.
- Embeber una torunda con alcohol para realizar antisepsia.
- Retirar la tira de prueba de su envoltorio.
- Colocar la tirilla de prueba en la ranura del monitor.
- Observar la pantalla del monitor hasta que nos pida la gota de sangre.
- Realizar higiene de manos.
- Colocarse guantes limpios para realizar el procedimiento.
- Seleccionar sitio de punción: pulpejo del dedo, talón, lóbulo de la oreja.
- Entibiar o golpetear la zona a puncionar para producir flujo sanguíneo libre
- Realizar la antisepsia de la zona con una torunda con alcohol al 70%.
- Esperar que se seque el alcohol.
- Tomar la lanceta y puncionar el sitio seleccionado
- Colocar la gota de sangre en el área de prueba blanca de la tira de prueba.
- La tira de prueba absorbe la sangre.
- Colocar en el sitio de punción una torunda seca y aplicar una leve compresión para contribuir a la hemostasia de la zona puncionada.
- Esperar 5 segundos y visualizar el resultado en la pantalla.
- Retirar equipo y descartar adecuadamente los materiales utilizados siguiendo las normas de Bioseguridad.
- Informar signos y síntomas de alarma.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento y el valor de la glicemia obtenido.



MANUAL DE ENFERMERÍA

5.3.5.6.- CONSIDERACIONES:

Si el resultado no aparece o marca un error, repita el procedimiento con una tira reactiva y lanceta nueva.

Si marca Hi es que los valores glicémicos capilares son excesivos .

Para comenzar a realizar un diagnóstico de Diabetes se debe tener en cuenta:

1.- Síntomas de diabetes más una glucemia casual igual o mayor de 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

2.- Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). Ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas.

3.- Glucemia igual o mayor a 200mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa. (PTOG)

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener **al menos un resultado adicional** de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales 2 y 3.

Se define como PREDIABETES a la Glucemia en Ayunas Alterada o la Intolerancia a los Hidratos de Carbono por PTOG.

Los niveles óptimos de glucosa en sangre son entre 0,70 mg/dl y 1,00 mg/dl. Según American Diabetes Association.

Ante situaciones que no se encuentren en rangos referenciales informar al médico,

El sistema realiza el análisis de la muestra mediante medición de potenciales eléctricos , proceso conocido como Bioantropometría , en el cual la enzima glucosa –dehidrogenasa convierte la glucosa en gluconolactona , dicho proceso produce variaciones electrolíticas , las que son la base de la medición hecha por el aparato. , de allí se desprende la importancia de la calibración previa del equipo.

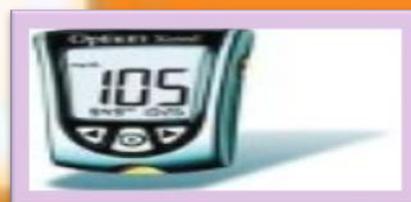
Recomendaciones:

-Leer el instructivo del glucómetro.

-Calibrar previamente su equipo medidor de glucemia capilar para que pueda reconocer la tirilla de prueba que está usando. Esto garantiza que sus resultados sean exactos.

-Verificar el correcto funcionamiento del equipo y la carga de las pilas.

-Verificar la fecha de caducidad de las tirillas.



6.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

7-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

TESTS RÁPIDOS DE DETECCIÓN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

TEST RÁPIDO DE VDRL:

1-PROPÓSITO:

Contribuir a la detección precoz de las Infecciones de Transmisión Sexual ,en particular la SIFILIS.

2-OBJETIVO:

Determinar cualitativamente a través de la prueba anti TP para sífilis, la presencia o no de anticuerpos (IgG, IgM y IgA) contra el Treponema Pallidum (TP).

3.-DEFINICIONES:

Las (ITS), también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) antes enfermedades venéreas, son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto, desde la madre al hijo.

La sífilis es una patología de transmisión sexual causada por una bacteria espiriforme perteneciente al grupo de las espiroquetas. Su contagio se da por contacto directo entre las mucosas de una persona con una úlcera sifilítica de un paciente infectado (lesión de la piel producto de la sífilis).

4.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

4.1-Guía clínica de Diagnostico monitorización y tratamiento de la sífilis en la mujer embarazada y sífilis congénita . MSP DIGESA . Departamento de Programación estratégica, area de salud sexual y reproductiva 2012

4.2-Programa prioritario ITS SIDA Directrices para la atención integral en salud de las /los trabajadoras /es sexuales MSP DIGESA 2007

Infecciones de transmisión sexual : pautas para el tratamiento , seguimiento y control epidemiológico MSP 2007.

MANUAL DE ENFERMERÍA

5-RECURSOS:

5.1-Humanos: : Un operador

5.2- Materiales:

- Bandeja y/o riñón (descartable).
- Guantes limpios.
- Dispositivo de prueba (casette).
- Tirillas Reactivas.
- Diluyente para prueba.
- Pipeta capilar.
- Lancetas.
- Descartex.
- Alcohol al 70%.
- Torundas de algodón.

-Los dispositivos de prueba deben guardarse a temperatura ambiente (es sensible a la humedad y al calor).

5-Procedimiento:

- Se debe realizar un abordaje integral, valorando los aspectos bio-psico-socio-culturales y el entorno del usuario.
- Informar procedimiento a realizar, solicitando consentimiento oral para la realización del mismo, asegurando la confidencialidad y la privacidad.
- Realizar lavado de manos.
- Reunir todo el material necesario, verificar que estén en óptimas condiciones para su utilización (leer el instructivo de uso del dispositivo para la prueba anti TP para la Sífilis, verificar la fecha de caducidad de las tirillas y el diluyente).
- Colocarse guantes limpios para realizar el procedimiento.
- Realizar la antisepsia de la zona a puncionar.
- Colocar las manos del usuario bajo nivel del corazón.
- Presionar el extremo de uno de los dedos del usuario.
- Puncionar en el área de la yema de los dedos con la lanceta. (La punción debe ser principalmente lateral, para que sea menos dolorosa).
- Tomar la muestra de sangre con la pipeta capilar hasta la línea negra.
- Realizar hemostasia en la zona puncionada.
- Colocar los 20 microlitros de la muestra de sangre dentro del pozo del cassette. (Donde figura una S).
- Agregar 4 gotas aprox. del diluyente dentro del pozo (S) donde se colocó la sangre.
- Esperar tiempo indicado 5-20 minutos.
- Interpretar los resultados comunicándole al usuario el resultado del mismo.
- De acuerdo a ello seguir el algoritmo correspondiente de acuerdo a la



MANUAL DE ENFERMERÍA

positividad o negatividad del mismo. En caso de ser positivo realizar pesquisa de los contactos para realización de test.

- Continuar al usuario , informándole sobre la importancia de métodos de barrera.
- Retirar equipo y descartar adecuadamente los materiales utilizados, siguiendo las normas de Bioseguridad.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar fecha, hora, procedimiento y el resultado obtenido en la Historia Clínica.

Interpretación de los resultados:

-Banda de CONTROL (C) es la banda que aparece en la parte izquierda, indica que la prueba está funcionando adecuadamente. Siempre debe de aparecer.

-Banda de RESULTADO (T) es la banda que aparece en la parte derecha, indica los resultados de la prueba.

-Resultado NEGATIVO: Presencia de única banda de color.

-Resultado POSITIVO: Presencia de DOS bandas de color (Banda T y Banda C), indica resultado Positivo para anticuerpos TP.

-Resultado INVALIDO: Si la banda de Control no aparece, el Test es Invalido, por lo que se recomienda realizar nuevamente la prueba.

A tener en cuenta:

A pesar de que la precisión de esta prueba anti TP para sífilis es de un 99% aproximadamente.No se debe de utilizar como único método de diagnóstico para la patología, por lo tanto, si el resultado es positivo se sugiere una interconsulta inmediata con Médico General, y/o Ginecólogo del Servicio. Así mismo se cumplirán las indicaciones médicas de administración de antibioticoterapia y se realizará el seguimiento para completar el tratamiento indicado.

Se debe realizar la denuncia en Vigilancia Epidemiológica vía telefónica 24091200.

5.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

6-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

TEST RÁPIDO DE HIV

1-PROPÓSITO: Contribuir a la detección precoz de las Infecciones de Transmisión Sexual particular el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH),.

2-OBJETIVO:

Determinar cualitativamente a través de la prueba de anticuerpos anti VIH, la presencia o no de anticuerpos anti- VIH-1 y VIH-2.

3-DEFINICIONES

El VIH significa “virus de la inmunodeficiencia humana”. Este es el virus que causa el SIDA. El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El sistema inmunitario le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

El término SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T.

4- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.1.- Informe de la situación nacional de VIH/Sida. Disponible en :www.msp.gub.uy/uc_5713_1.html

4.2.- Programa ITS- VIH/SIDA .Disponible en :www.msp.gub.uy/categoria_383_1_1.html

4.3.- Profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría - MYSU Disponible en :www.mysu.org.uy/IMG/pdf/sida_pediaticas_normas.pdf

3-RECURSOS:

3.1-Humanos: Un operador.

3.2-Materiales:

- Bandeja y/o riñón (descartable).
- Guantes limpios.
- Dispositivo de prueba (casette).
- Tirillas Reactivas.
- Diluyente para prueba.
- Pipeta capilar.
- Lancetas.
- Descartex.
- Alcohol al 70%.
- Torundas de algodón.

MANUAL DE ENFERMERÍA

4- RECOMENDACIONES:

- Leer el instructivo de uso del dispositivo para la prueba anti VIH-1 y VIH-2 para VIH.
- Verificar la fecha de caducidad de las tirillas y el diluyente.
- Los dispositivos de prueba deben guardarse a temperatura ambiente (es sensible a la humedad y al calor).

5-PROCEDIMIENTO:

- -Realizar un abordaje integral, valorar aspectos bio-psico-socioculturales y el entorno del usuario.
- -Informar procedimiento a realizar, solicitando consentimiento oral para la realización del mismo.
- -Realizar lavado de manos.
- -Reunir todo el material necesario, verificar que estén en óptimas condiciones para su utilización.
- -Colocar guantes limpios para realizar el procedimiento.
- -Realizar la antisepsia de la zona a puncionar.
- -Colocar las manos del usuario bajo nivel del corazón.
- -Presionar el extremo de uno de los dedos del usuario.

MANUAL DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO TEST RÁPIDO HIV 1/2 3.0 SD

1. 

2. 

3. 

PROCEDIMIENTO TEST RÁPIDO SIFILIS 3.0 SD

Se realiza el mismo procedimiento que para HIV

Intendencia de la Salud

- -Puncionar en el área de la yema de los dedos con la lanceta. (La punción debe ser principalmente lateral, para que sea menos dolorosa).
- Tomar la muestra de sangre con la pipeta capilar hasta la línea negra.
 - Realizar hemostasia en la zona puncionada.
- -Colocar los 20 microlitros de la muestra de sangre dentro del pozo del cassette. (Donde figura una S).
- -Agregar 4 gotas aprox. del diluyente dentro del pozo (S) donde se colocó la sangre.
- -Esperar tiempo indicado 5-20 minutos. Interpretar los resultados.
- -Retirar equipo y descartar adecuadamente los materiales utilizados, siguiendo las normas de Bioseguridad.
- -Realizar lavado de manos.
- -Registrar fecha, hora, procedimiento y el resultado obtenido en la Historia Clínica.

6-Interpretación de los resultados:

-Banda de CONTROL (C) es la banda que aparece en la parte izquierda, indica que la prueba está funcionando adecuadamente. Siempre debe de aparecer.

MANUAL DE ENFERMERÍA

-Banda de RESULTADO (T) es la banda que aparece en la parte derecha, indica los resultados de la prueba.

-Resultado NEGATIVO: Presencia de única banda de color.

-Resultado POSITIVO: Presencia de DOS bandas de color (Banda T y Banda C), indica resultado Positivo para la presencia de anticuerpos anti- VIH-1 y VIH-2.

-Resultado INVALIDO: Si la banda de Control no aparece, el Test es Invalido, por lo que se recomienda realizar nuevamente la prueba.

A tener en cuenta:

A pesar de que la sensibilidad y especificidad de esta prueba para anticuerpos para VIH es de un 99% aprox. no se debe de utilizar como único método de diagnóstico para la patología, por lo tanto, si el resultado es positivo se sugiere una interconsulta inmediata con Medico General, Ginecólogo etc. del Servicio, así como la derivación inmediata a la policlínica obstétrico- pediátrica de seguimiento para infección por VIH del Centro Hospitalario del Pereira Rosell (en caso de embarazo) sino al Instituto de Higiene,.

Los resultados de TEST POSITIVO son confirmados con técnicas de ELISA y western blot o inmunofluorescencia.

Se debe realizar la denuncia en Vigilancia Epidemiológica vía telefónica 24091200 o via mail sectoritssida@msp.gub.uy.

5.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

6-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

Administración de Medicación

1.- PROPÓSITO:

Administrar la medicación prescrita por el profesional médico ,al usuario en condiciones de seguridad, disminuyendo el riesgo de reacciones anafilácticas y minimizando los posibles efectos secundarios de la medicación.

2.- DEFINICIONES:

Fármaco : sustancia química que actúa sobre determinados sistemas del organismo , modificando su comportamiento. Si el efecto es favorable se denomina medicamento si al contrario el efecto es desfavorable se denomina tóxico.

Efecto local : localizado en un punto de aplicación .

Efecto sistémico: a través de la circulación sanguínea , a nivel de todo el organismo.

Acción combinada : acción que se presenta al combinar dos o más drogas.

Dosis : cantidad de droga o fármaco que debe administrarse a una persona para producir un efecto determinado, dependiendo de la edad , sexo , peso , vía de administración , estado fisiológico del organismo.

Vías de administración : son aquellos lugares del organismo donde se aplican los medicamentos , ya sea para ejercer acción local en el sitio de aplicación o una general (sistémica) después de su absorción .

Estas vías de administración se dividen en dos grandes grupos.

1-Vías Enterales :en las cuales el medicamento ingresa desde el exterior del organismo , a través de las cavidades naturales además de piel y mucosa..

Se divide de acuerdo a :

1- Vía tópica: piel y mucosa.

- Vía Cutánea.
- Vía Oftálmica.
- Vía Ótica.
- Vía Nasal.

2- Vía Oral.

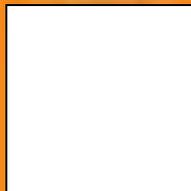
3- Vía Sublingual

4- Vía rectal

2-Vías Parenterales :son aquellas vías de administración , donde se introduce el medicamento o fármaco en el organismo a través de una inyección , por medio de una aguja que atraviesa piel y tejidos .

Dentro de éste grupo se encuentran :

- Vía Intradérmica: se aplica en la dermis .
- Vía Intramuscular : se aplica en el músculo .
- Vía Subcutánea : se aplica en el tejido graso , subcutáneo.
- Vía Intravenosa: se aplica en las venas directamente en el torrente sanguíneo.



Los “Cinco Correctos”

En Enfermería es parte de sus apartados, las siguientes indicaciones denominadas :”Los cinco correctos”, las cuales deben ser cumplidas siempre que se realizan los

MANUAL DE ENFERMERÍA

procedimientos de administración de medicación , a fin de evitar errores innecesarios.

- 1- **Fármaco correcto:** el medicamento a administrar es el indicado por el médico
- 2- **Dosis correcta** : verificar que la dosis a administrar es la indicada y está registrada en la Historia Clínica (H.C) o en la prescripción.
- 3- **Vía Correcta:** La vía de administración debe ser la indicada en la HC , en la prescripción y se confirmada en la presentación del fármaco.
- 4- **Paciente correcto**.: es importante la verificación del usuario indicado , para evitar anafilaxia o complicaciones,.
- 5- **Hora Correcta:**

Precauciones y consideraciones generales:

Es preciso concentrarse en el momento de la administración de medicación , para lo cual es preferible trabajar individualmente y sin interrupciones.

No debe administrarse ninguna medicación si antes no ha leído la etiqueta del envase verificando nombre , vía , fecha de vencimiento. Tener presente los conceptos de: reacciones adversas, sobredosis, intolerancia, efectos secundarios, alergias, efectos colaterales e interacción farmacológica.

Los **errores** que puedan darse en esta actividad son:

- Dosis equivocada.
- Fármaco que no corresponde.
- Omisión de dosis.
- Administración por vía equivocada.
- Administración en momento que no corresponde.
- Administración con mala técnica: no respetando el procedimiento de su administración.

Los errores pueden deberse a ignorancia, impericia, exceso de confianza en caso de un procedimiento habitual y/o conocido y por distracción del operador.

Por lo tanto, es muy importante la actitud de atención y concentración en la tarea de la persona que administra medicamentos.

Es por lo expuesto que los errores pueden comenzar a partir de la parte más elemental del procedimiento como son: identificar al usuario y el medicamento correcto, leyendo tres veces la indicación.

3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

3.1.-Botella Dorta carolina. Administración parenteral de medicamentos . La vía intradérmica . Técnicas de Atención Primaria 2004 Disponible en :<http://www.fisterra.com/material/técnicas/parenteral/intradérmica.asp>.

3.2.-Calbo Torrecilla F, Rodríguez Vilanova F, García del Río M, Rodríguez Amuedo F. Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections 2002. CDC-USA. Becton Dickinson España y 3M España; 2003.

3.3.-Garrido Abejer, M y Serrano Parra, D. Farmacología, Proceso Terapéutico y Práctica Enfermera. En: Pradillo García, P. Farmacología Para Enfermería. Ed DAE. Madrid; 2003

3.4.-Guillamón I, López MJ, Murillo MT. Guía de protocolos de terapia intravenosa. CECOVA; 2004.

MANUAL DE ENFERMERÍA

3.5.-MSC de España. « Agencias de Evaluación de Medicamentos Disponible en :<http://www.agemed.es/enlaces/home.htm#agencias>.

4.-RECURSOS

4.1 HUMANOS

4.1.1.- 1 Licenciado en Enfermería.

4.1.2.- 1 Auxiliar de Enfermería.

4.2.-MATERIALES

4.2.1.-De acuerdo a cada procedimiento

5.- DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a cada procedimiento

5.1. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN VIA ORAL:

5.1.1.: PROPÓSITO: Administración de fármacos por boca para ser absorbidos a nivel gastrointestinal con fines terapéuticos, de diagnóstico y/o paliativos.

5.1.2.: RECURSOS:

5.1.2.1. HUMANOS: Un operador.

5.1.2.2. MATERIALES: Bandeja conteniendo: -vaso descartable con agua.
- medicamento indicado.
- indicación médica.

5.1.3.: PROCEDIMIENTO:

-Verificar: nombre del usuario, nombre del fármaco, vía de administración, corroborar indicación médica, verificar fecha de vencimiento.

-Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales (ej. Alergia medicamentosa), estado de conciencia.

-Realizar higiene de manos.

-Preparar la bandeja (higienizada previamente con agua jabonosa).

-Explicar el procedimiento al usuario.

-Suministrar el medicamento dándole el mismo en la mano al usuario, junto a un vaso de agua .

-Observar que el usuario degluta el medicamento administrado.

-Controlar el efecto del medicamento, ej: antihipertensivos, antitérmicos.

-Realizar higiene de manos.

-Registrar el procedimiento con: nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.



5.2.: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL:

5.2.1.: PROPÓSITO: Administración de un fármaco, en una zona hipervascularizada, para su rápida absorción.

5.2.2.: RECURSOS:

5.2.2.1.: HUMANOS: Un operador.

5.2.2.2.: MATERIALES: Bandeja conteniendo: -vaso descartable con agua.
- medicamento indicado.
- indicación médica.

5.2.3.: PROCEDIMIENTO:

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Verificar nombre del usuario, nombre del fármaco , vía de administración , corroborar indicación médica , verificar fecha de vencimiento.
- Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales (ej. Alergia medicamentosa), estado de conciencia.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja (previamente higienizada).
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Solicitar su colaboración para que abra la boca y levante la lengua.
- Colocar el comprimido debajo de la lengua, solicitar que descienda la misma y cierre la boca.
- Esperar que el medicamento se absorba antes de ingerir sólidos u otros líquidos.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento con: nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.



5.3.: ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA:

5.3.1.: PROPÓSITO: Introducción de un fármaco, con una preparación especial en la dermis, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

5.3.2.: RECURSOS:

5.3.1.1.: HUMANOS: Un operador

5.3.1.2.: MATERIALES: Bandeja conteniendo:

- indicación médica
- medicamento
- jeringa de 2- 3 c.c.
- aguja 16mm
- torundas
- piceta con alcohol al 70%
- riñón descartable
- marcador azul o rojo.

5.3.3.: PROCEDIMIENTO:

- Verificar nombre del usuario, medicación, vía de administración, verificar fecha de vencimiento del fármaco.
- Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales (ej. Alergia medicamentosa)
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja (previamente higienizada).
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Elegir la zona adecuada para realizar la técnica.
- Realizar la antisepsia de la piel (con las torundas impregnadas en alcohol) ,con un movimiento circular de adentro hacia afuera.
- Sostener el antebrazo del usuario con una mano.
- Estirar la piel de la zona a puncionar.



MANUAL DE ENFERMERÍA

- Introducir la aguja casi paralela a la superficie cutánea con el bisel hacia arriba. (hasta que quede el bisel debajo de la piel visiblemente).
- Inyectar la medicación lentamente verificando que se forme una pápula.
- Retirar la aguja, comprima suavemente la zona de punción, no hacer masajes, porque modificaría la acción terapéutica.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento con nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.

5.4.: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÁNEA:

5.4.1.: PROPÓSITO: Introducción de un fármaco, con una preparación especial en la dermis ,con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

5.4.2.: RECURSOS:

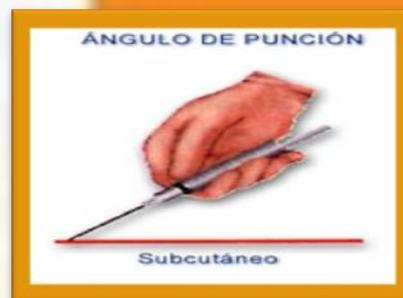
5.4.2.1.: HUMANOS: Un operador.

5.4.2.2.: MATERIALES: Bandeja conteniendo:

- indicación médica
- medicamento
- jeringa de 2- 3 c.c.
- aguja 16mm
- torundas
- piceta con alcohol al 70%
- riñón descartable

5.4.3.: PROCEDIMIENTO:

- Verificar nombre del usuario, medicación, vía de administración, verificar fecha de vencimiento del fármaco.
- Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales (ej. Alergia medicamentosa)
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja (previamente higienizada).
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Seleccionar la zona a puncionar.
- Formar un pliegue cutáneo con el pulgar e índice en la zona elegida.
- Realizar la antisepsia del área seleccionada con una torunda impregnada en alcohol, realizando un movimiento circular de adentro hacia fuera.
- Inyectar la medicación lentamente.
- Retirar la aguja, comprima suavemente la zona de punción.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento con nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.



5.: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INHALATORIA:

5.5.1.: PROPÓSITO: Facilitar la administración por inhalación de una solución en forma de partículas suspendidas en el aire para depositarse en el árbol traqueobronquial.

MANUAL DE ENFERMERÍA

Se realizan con indicación médica.

5.5.2.: RECURSOS:

5.5.2.1.: HUMANOS: Un operador.

5.5.2.2.: MATERIALES:

-Bandeja conteniendo:

- 1 nebulizador
- suero fisiológico.
- 1 cuenta gotas
- medicación, si ha sido indicada
- Fuente de oxígeno o motor eléctrico.

5.5.3.: PROCEDIMIENTO:

NEBULIZACIÓN:

- Verificar las condiciones del balón de oxígeno y el manómetro.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja.
- Explicar el procedimiento al usuario, instruyéndolo sobre el manejo del nebulizador.
- Acondicionar al usuario sentado, en posición cómoda.
- Cargar el nebulizador con la medicación indicada.
- Conectar el nebulizador a la tubuladura.
- Abrir la fuente de oxígeno dejándolo pasar de 4 a 5 lts., según nebulizador.
- Colocar el nebulizador según la indicación: boca, máscara o inhalocámara.
- Instruir y controlar que el usuario respire a ritmo normal.
- Controlar la intensidad de la nebulización y su tolerancia
- Una vez terminada la nebulización, ofrézcale agua al usuario para enjuagarse la boca.
- Valorar frecuencia respiratoria.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento y la tolerancia del usuario al mismo.
- Acondicionar el material para su nuevo uso.



CÁMARA DE INHALACIÓN:

- Verificar las condiciones de la cámara y del inhalador (Cartucho presurizado y fármaco indicado).
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja.
- Explicar el procedimiento al usuario, instruyéndolo sobre el manejo de la inhalocámara.
- Acondicionar al usuario sentado, en posición cómoda.
- Destapar el cartucho, ponerlo en posición vertical (en forma de L) y agitarlo.
- Acoplar el cartucho en el orificio de la cámara.
- Informarle al usuario que efectúe una espiración lenta y profunda.
- Realizar una pulsación (disparar una dosis) del inhalador.

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Informarle al usuario que efectúe una inspiración profunda del aire de la cámara.
- Retirar la cámara de la boca y aguantar la respiración durante unos 10 seg.
- Si debe repetir una o más dosis de éste u otro medicamento inhalado espere un mínimo de 30 seg entre cada toma.
- Valorar frecuencia respiratoria.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento y la tolerancia del usuario al mismo.
- Acondicionar el material para su nuevo uso.

FÁRMACOS INHALATORIOS y CARTUCHO PRESURIZADOR

- Verificar las condiciones del cartucho presurizador y del fármaco inhalatorio de acuerdo a indicación médica.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja.
- Explicar el procedimiento al usuario, instruyéndolo sobre el manejo del inhalador.
- El usuario estará incorporado para permitir la máxima expansión torácica.
- Hay que destapar el cartucho, situarlo en posición vertical.
- Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar.
- Informarle al usuario que efectúe una espiración lenta y profunda
- Colocar la boquilla del cartucho en la boca
- Informarle al usuario que efectúe una inspiración lenta por la boca.
- Iniciada la inspiración, presionar una sola vez y el usuario debe seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. Debe efectuarse la pulsación después de haber iniciado la inspiración.
- Retirar el cartucho de la boca, aguantar la respiración durante unos 10 segundos..
- Si debe administrarse una o más dosis del mismo y/o de otro aerosol, esperar un mínimo de 30 s entre cada toma.
- Tapar el cartucho guardarlo en lugar seco.
- Valorar frecuencia respiratoria.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento y la tolerancia del usuario al mismo.



5.6.: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR:

5.6.1.: PROPÓSITO: Introducción de un fármaco en una preparación especial, en el tejido muscular, para ser absorbido por vía

sistémica con fines terapéuticos.



5.6.2.: RECURSOS:

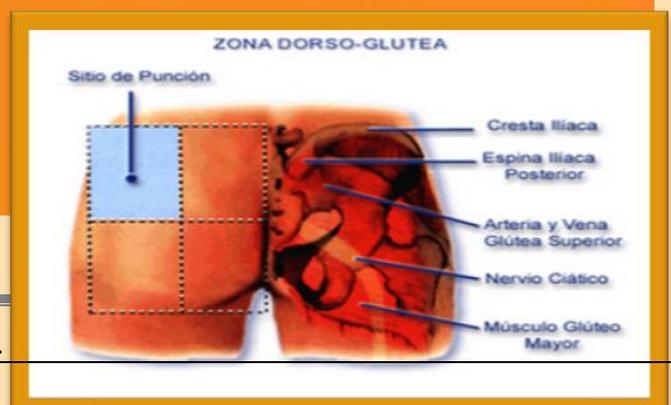
MANUAL DE ENFERMERÍA

5.6.2.1.: HUMANOS: Un operador.

5.6.2.2.: MATERIALES: -Bandeja conteniendo: -Indicación médica.
-Fármaco.
-Solvente si es necesario.
-Jeringa de 3 a 10 cc.
-Aguja intramuscular.
-Trócar.
-2 torundas de algodón impregnadas en alcohol al 70%
-Riñón descartable.

5.6.3.: PROCEDIMIENTO:

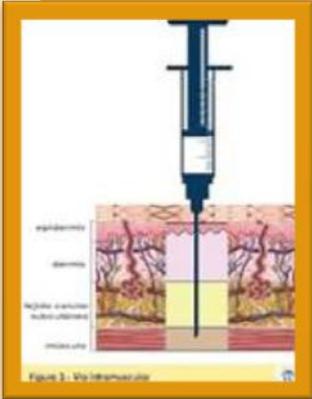
- Verificar: nombre del usuario, nombre del fármaco, vía de administración, corroborar indicación médica, verificar fecha de vencimiento.
- Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales (ej. Alergia medicamentosa), estado de conciencia.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja (previamente higienizada).
- Explicar el procedimiento al usuario
- Preparar la medicación de la siguiente manera:
 - a) Si la medicación viene en ampollas:
 - Desinfectar el cuello de la ampolla con torundas embebidas en solución alcohólica.
 - Romper la ampolla a nivel del cuello de la misma, sosteniéndola con una mano y ejerciendo una presión fuerte con el dedo pulgar de la otra mano.
 - Cargar directamente de la ampolla con la jeringa y aguja que va a utilizar.
 - b) Si la medicación viene en vial ya disuelto en solución:
 - Desinfectar el tapón.
 - Puncionar el tapón con el trócar.
 - Retirar la dosis indicada.
 - Cambiar de aguja colocando la que va a utilizar en la inyección.
 - c) Si la medicación viene en vial sin diluir:
 - Desinfectar el tapón del solvente.
 - Puncionar el tapón con trócar y retire la cantidad indicada.
 - Desinfectar de igual manera el tapón del frasco del medicamento e inyecte el solvente contenido en la jeringa.
 - Agitar al frasco para diluir la medicación homogéneamente.
 - Extraer la cantidad indicada.
 - Cambiar de aguja.
- Elegir la zona a inyectar, de preferencia el cuadrante superior externo de la región glútea, aunque puede realizarse en el brazo región deltoides y en muslo en cara latero anterior externa.
- Colocar al usuario en posición lateral, o ventral, dejando



MANUAL DE ENFERMERÍA

descubierta la zona a inyectar.

- Realizar la antisepsia de un área de 5cm. de diámetro del punto de punción con la torunda embebida en solución alcohólica, siempre girando de adentro hacia fuera.
- Esperar a que seque la piel.
- Tomar la jeringa con una mano manteniéndola en posición horizontal hasta el momento de inyectar.



- Introducir la aguja en la zona muscular elegida con un movimiento rápido, en forma perpendicular, formando un ángulo de 90 grados en relación al plano corporal.
- Aspirar suavemente, si viene sangre cambiar el plano de punción y aspirar nuevamente, hasta que no aparezca sangre.
- Inyectarla medicación en forma lenta y uniforme.
- Retirar la aguja con movimiento rápido.
- Presionar la zona con otra torunda, haciendo un ligero masaje circular en la zona.
- Vigilar la tolerancia del usuario desde el momento de su

administración.

- Permitir que el usuario se acondicione.
- Acondicionar el material utilizado preparando la bandeja para nuevo uso.
- Realizar higiene de manos.
- -Registrar: medicamento utilizado ,dosis ,vía, hora , tolerancia ,firma.

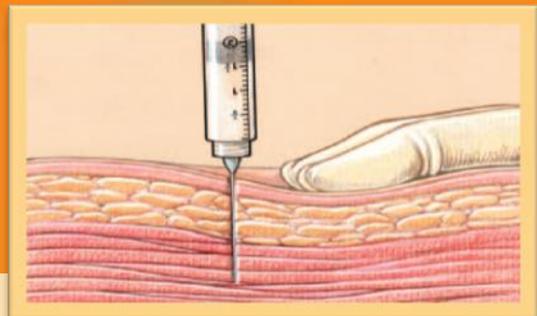
INYECCIÓN EN ZETA:

DEFINICIÓN:

Administración de medicación intramuscular con una técnica que implica tirar de la piel de modo que el orificio de la aguja se selle después de la inyección. Reduce al mínimo la irritación y decoloración subcutánea.

PROCEDIMIENTO:

- Conectar una aguja a la jeringa y cargue la medicación prescrita.
- Introducir 0.2 a 0.5 cc de aire en la jeringa.
- Quitar la aguja utilizada y colocar otra nueva para evitar la fuga de líquido por contaminación de la aguja a medida que se inserta.
- Colocar al usuario en posición lateral, exponiendo el músculo glúteo en el que va a realizar la inyección, o en posición prona.
- Limpiar la zona del cuadrante superior externo de la nalga del usuario con una torunda de algodón y alcohol.
- Desplazar lateralmente la piel de la zona de inyección tirando de ella



MANUAL DE ENFERMERÍA

aproximadamente 1cm.

- Insertar la aguja en el músculo en un ángulo de 90%.
- Aspirar para comprobar si hay retorno de sangre, si no aparece inyecte el fármaco lentamente, seguido de aire (la inyección del aire tras el medicamento ayuda a limpiar la aguja y evita la fuga del fármaco a través del tejido sub-cutáneo a medida que se retira la aguja).
- Esperar 10 segundos antes de retirar la aguja para cerciorarse de la dispersión del medicamento.
- Retirar la aguja lentamente.
- Soltar luego la piel y el tejido subcutáneo desplazados para sellar el paso de la aguja.
- Estimular al usuario a caminar para facilitar la absorción del fármaco en la zona de inyección.
- No inyectar nunca, más de 5ml en un mismo sitio usando la técnica Z.
- No masajear la zona de inyección, ya que esto podría forzar el paso del medicamento al tejido subcutáneo.
- Alternar las zonas glúteas si ha de repetir este procedimiento.

5.6.4.: OBSERVACIONES GENERALES :

- ✓ Seleccionar el largo de la aguja de acuerdo con la masa muscular y el calibre de acuerdo a la densidad de la medicación.
- ✓ En medicamentos fuertemente coloreados se debe utilizar la técnica zeta.
- ✓ En medicamentos muy densos o en dosis muy pequeñas, dejar alrededor de una décima de centímetro de aire a la jeringa para evitar la retención de la medicación en el trayecto de la aguja.
- ✓ No inyectar en zonas induradas.
- ✓ En pacientes caquéticos o en niños de bajo peso realice un pliegue para inyectar.
- ✓ En caso de no poder usarse la zona glútea, se debe utilizar la cara anterior del muslo o deltoides.

5.7.: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA:

5.7.1.: PROPÓSITO: Introducir un fármaco en el torrente sanguíneo para que actúe a nivel sistémico con fines diagnósticos o terapéuticos.

5.7.2.: RECURSOS:

5.7.2.1.: HUMANOS: Un operador.

5.7.2.2.: MATERIALES: -Bandeja conteniendo:

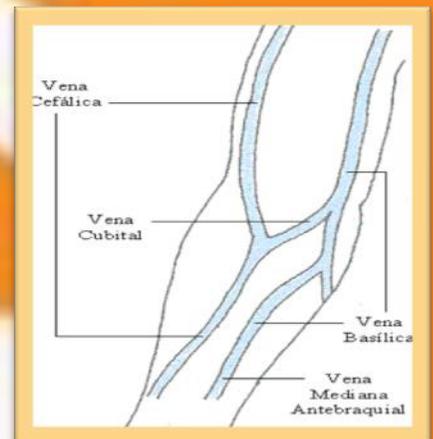
- Indicación médica.
- Torundas impregnadas en alcohol al 70°.
- Aguja de uso intravenoso
- Catéter venoso corto-rango entre 16 a 25mm (de acuerdo al caudal venoso).
- Jeringas según volumen a administrar.
- Medicamento
- Solvente.
- Ligadura.

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Paquete con gasa estéril.
- Riñón.
- Toallas de papel.
- Sachet de suero con infusor.
- Rótulo.
- Llave de tres vías(si el caso lo requiriese).
- Material de fijación.
- Guantes.

5.7.3.: PROCEDIMIENTO:

- Verificar nombre del usuario, medicación, vía de administración, verificar fecha de vencimiento del fármaco.
- Valorar al usuario, confirmando antecedentes personales.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar la bandeja (previamente higienizada).
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Elegir la zona adecuada para realizar la técnica.
- Seleccionar la vena.
- Aplicar la ligadura 10cm.por encima del sitio de punción.
- Colocarse los guantes limpios.
- Realizar la antisepsia de la zona con una torunda impregnada en alcohol a 70° realizando movimientos circulares, desde dentro hacia fuera en un área de aproximadamente 5 cm de diámetro.
- Inmovilizar la vena fijándola con el pulgar estirando de la piel hacia abajo y atrás.
- Solicitar colaboración al usuario para que no se mueva en el momento de la punción.
- Puncionar formando un ángulo de 45° con relación a la piel y en dirección del flujo sanguíneo con el bisel hacia arriba.
- Perforar la piel al lado de la vena 1,5cm. debajo del punto seleccionado para su canalización.
- Reducir el ángulo hasta que la aguja quede casi paralela a la superficie cutánea.
- Avanzar 1,5cm. y entrar en la vena: notará la resistencia de su pared, observará el reflujo de sangre.
- Canalizar la aguja suavemente hasta que el pabellón toque la piel.
- Luego de canalizada la vena, retirar la ligadura.
- -En caso de ser catéter, canalizar la vena y retirar el mandril, si se deja circuito o goteo fijarlo con leucoplasto y coloque llave de tres vías (ver



MANUAL DE ENFERMERÍA

infusión continua).

- En caso de agujas tipo mariposa, canalizar la vena y fijarla (ver intravenosa directa o infusión continua).

Intravenosa directa:

- Comenzar a inyectar suave y lentamente la medicación que contiene la jeringa es recomendable retirar el émbolo de la jeringa 1 o 2 cm. para verificar que se continúa en el torrente sanguíneo y permitir la mezcla de sangre con la medicación lo que favorece la tolerancia.
- Introducir el medicamento en un tiempo de 2 a 5 minutos y con un volumen que no exceda los 10 a 20cc.
- Observar la tolerancia del usuario a la administración medicamentosa.
- Al finalizar de inyectar el medicamento, retire la aguja.
- Colocar una torunda seca sobre el orificio de punción, manteniendo presión sobre el mismo por unos minutos.
- Colocar una pequeña cura seca sobre el orificio.
- Informar al usuario que no debe quitársela al menos en 15 minutos y que debe desecharla en un lugar adecuado a este fin.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento con nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.

Infusión continua:

- Previamente al armar la bandeja, se rotula el sachet del suero con: nombre del usuario, medicación que contiene, ritmo de goteo, fecha, hora de comienzo y finalización y firma.
- Agregar una cinta graduada con los horarios en que debe ir descendiendo el nivel del suero de acuerdo a la prescripción y al fármaco a administrar.
- Acoplar el infusor al sachet con medicación previamente rotulado.
- Cebiar el infusor con técnica aséptica.
- Cerrar la llave.
- Mantener el puntero dentro del capuchón estéril y colocarlo en el soporte.
- Ajustar el puntero al tapón del circuito intermitente o la aguja.
- Abrir la llave del infusor.
- Regular el ritmo del goteo según indicación.
- Valorar al usuario y la tolerancia al procedimiento.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar el procedimiento con nombre del medicamento, dosis, hora, tolerancia y firma.

5.7.4.: OBSERVACIONES:

- ✓ Evitar las lesiones de la capa sub-cutánea por infiltración del medicamento controlando frecuentemente el flujo de la venoclisis y el tejido circundante a la zona de punción.
- ✓ Asegurar un ritmo uniforme del goteo a través del control frecuente, mecanismo de regulación seguro por medio de la llave de paso y bucle de la tubuladura para evitar que se dispare el suero.
- ✓ Evitar la flebitis mediante empleo de técnicas asépticas en la colocación y

MANUAL DE ENFERMERÍA

mantenimiento de la vía y el lavado post utilización de la vena.

5.7.5.: CONSIDERACIONES:

Para la elección de una vena:

1. Informarse sobre la patología del usuario previamente para tomar precauciones. En caso de necesidad, conservar determinadas venas.

– En pacientes con patologías renales, Enfermedad Renal Crónica que requieren fístula arterio-venosa, no puncionar miembro superior en que se hará la fistula o que la tenga.

– En usuarios con mastectomía y/o vaciamiento ganglionar, elegir miembro contrario.

2. Según el tiempo de duración del tratamiento:

- Períodos cortos : venas de la mano a brazo izquierdo si es diestro.

- Períodos prolongados: alternar ambos brazos, comenzando por las venas distales evitando puncionar sobre las articulaciones.

3- Según la flexibilidad y permeabilidad de la vena: buscar una que no esté tortuosa, inflamada, indurada o tejido cicatrizal.

4- Adecuar el material de punción y fijación de acuerdo al estado de los tejidos.

6.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

7-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

CURACIÓN DE HERIDAS

1.-PROPÓSITO: Contribuir a la evolución favorable de las heridas, realizando el cuidado de las mismas con técnicas seguras según la valoración pertinente.

2.-OBJETIVOS:

2. 1.-Determinar el tipo de curación correspondiente a una herida determinada.
2. 2.-Conocer y realizar la técnica adecuada de curación de una herida simple basada en los principios de asepsia para evitar en la práctica complicaciones como la infección y cronicidad de una herida que ponen en peligro la salud del usuario.
- 2.3.- Establecer el material necesario para la realización de una curación.
- 2.4.-Conocer las implicaciones éticas de este procedimiento, sus indicaciones y contraindicaciones

3.- DEFINICIONES:

HERIDA: es toda pérdida de continuidad de la piel o de las mucosas, secundaria a un traumatismo que produce una comunicación entre el interior de la herida y el exterior.

Cuidados de las heridas: Conjunto de actividades dirigidas al restablecimiento de la integridad de la piel y por ende a la recuperación de la primera línea de defensa del

MANUAL DE ENFERMERÍA

cuerpo contra la infección, así como minimización de riesgos y complicaciones para el usuario.

La herida se clasifica según :

➤ **Grado de contaminación :**

- Herida Limpia: es aquella incisión no infectada en la que no existe inflamación y no hay penetración a los aparatos respiratorio, digestivo y genitourinario. Las mismas cierran sin dificultad.
- Herida Contaminada: es la herida accidental, reciente y abierta o la incisión por trasgresión flagrante de las normas de asepsia o derrame considerable del contenido gastrointestinal, también se incluye la incisión con inflamación aguda no supurativa.
- Herida sucia: Es una herida traumática de cierta antigüedad, con retención de tejidos desvitalizados o aquella que presenta infecciones clínicas o perforación de vísceras.

➤ **Agente agresor-productor:**

- Incisas
 - Producidas por objetos afilados y cortantes
 - Predomina la longitud sobre la profundidad
 - Bordes nítidos, limpios, rectos, biselados y regulares
- Incisas
 - Producidas por objetos acabados en punta y afilados
 - Son profundos, pudiendo lesionar estructuras internas sin apenas existir orificio de entrada
- Contusas
 - Producidas por arrancamiento, desgarro (con colgajos) de la piel. El desgarro del cuero cabelludo se llama SCALP.
 - Presentan bordes muy irregulares, con lesiones tisulares (de los tejidos) importantes.
- Mixtas

➤ **Profundidad:**

- Abrasión: Afecta solo a la epidermis
- Penetrante: Penetra en profundidad y alcanza una cavidad (tórax, abdomen)
- Perforante: Rompe la pared de vísceras huecas presentes en esas cavidades

➤ **Complejidad:**

- Simple o Superficial : Lesión hasta el tejido celular subcutáneo
- Compleja o Profunda: Lesión de estructuras más complejas (vasos sanguíneos, nervios, músculos).

➤ **Topografía:**

Según el lugar afectado

➤ **Etiología:**

Según la causa que las ha producido

Quemaduras:

La mayor parte de los usuarios que han sufrido quemaduras son tratados en forma

MANUAL DE ENFERMERÍA

ambulatoria.

La agresión térmica es directamente proporcional a la temperatura del agente y al tiempo de acción del mismo.

- A) El agente exposición solar presumirá quemadura superficial (1er grado) o intermedia (2do grado).
- B) El agente liquido caliente presumirá quemadura intermedia o profunda. La variable tiempo podrá depender de elementos tales como la vestimenta que pueda prolongar (al impregnarse) la acción del agente liquido caliente, o la viscosidad del liquido (ej. alquitrán).
- C) El agente llama o fuego directo presumirá quemadura profunda (3er grado).

Para valorar la profundidad, en el exámen clínico nos manejaremos con los siguientes síntomas y signos:

Tipo de quemadura	Aspecto clínico	Color del lecho	Sensibilidad
Grado I Superficial	Eritema y Flictena	Rojizo	Hiperalgnesia
Grado II Intermedia	Escara intermedia	Blanco – Rosado	Hipoalgnesia
Grado III Profunda	Escara profunda	Blanco – Pardo - Negro	Analgesia

Explorar sensibilidad con aguja estéril pulsando con firmeza.

Otra maniobra semiológica útil en la pesquisa de la profundidad de la quemadura, consiste en traccionar de los vellos y valorar la facilidad con que se separan del folículo. El fácil desprendimiento hará presumir una quemadura profunda.

Si bien es frecuente que predomine determinado grado de profundidad, por lo general coexisten lesiones de diferente nivel de profundidad.

Extensión:

Regla de los nueve.

En los niños para utilizar esta regla se deben efectuar las siguientes modificaciones: por cada año de edad inferior a 9 se resta un 1% a los miembros inferiores y se añade a la cabeza. Las proporciones entre los demás segmentos corporales permanecen invariables.

Años de edad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Adultos
% Cabeza	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	9
% Miembros inferiores	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	36

Regla de la palma de la mano.

La cara palmar de la mano del paciente equivale al 1% de su superficie corporal. Esta regla es especialmente útil en la estimación de las quemaduras de distribución irregular.

Localización:

MANUAL DE ENFERMERÍA

La importancia funcional y estética de las quemaduras en determinadas regiones las jerarquiza, independiente de su extensión y profundidad.

Cara: párpados, otras áreas periorificarias.

Cuello.

Pliegues de flexo-extensión: axila, pliegue de codo, puño, hueco poplíteo, cuello de pie.

Genitales y periné.

Manos.

Pies.

En general se tratarán **ambulatoriamente las quemaduras de 1er y 2do grado** (superficiales e intermedias) que tengan una extensión menor al 15% de superficie corporal en el adulto; y menos de un 10% de extensión de superficie corporal en un niño. También se manejarán bajo tratamiento ambulatorio las quemaduras profundas que no superen los 4 cm²

Cicatrización: constituye una parte del proceso biológico y normal de curación y reparación de las heridas bien por primera o segunda intención.

El proceso de cicatrización está supeditado fundamentalmente a tres fases:

- a) Fase inflamatoria y/o exudativa (desasimilativa o catabólica): existe una solución de continuidad de los vasos sanguíneos (vasoconstricción) y una extravasación de sangre dando origen a una agregación plaquetaria, formando un coágulo (hemostasia provisional). Esta fase tiene lugar en las primeras 72 h. Tras este proceso se produce migración de los leucocitos y una fagocitosis de bacterias y elementos extraños formando el tejido fibroso.
- b) Fase proliferativa (asimilativa o anabólica): es la transformación del tejido fibroso en tejido de granulación del lecho de la úlcera o herida. Se forma el tejido de granulación alrededor del 5º día, constituido por una proliferación y acumulo de fibroblastos y sustancia fundamental (colágeno y elastina). También se produce neovascularización a partir de vasos sanguíneos adyacentes y reepitelización a partir de los queratinocitos de la superficie y del borde de la herida.
- c) Fase de contracción o maduración: se provoca la contracción de la base de la herida por mediación de los depósitos de colágeno en las redes fibrilares para así aproximar los bordes de la herida.

Existen productos y técnicas que nos ayudan a minimizar el proceso normal de cicatrización de las heridas crónicas como son los factores de crecimiento, las matrices moduladoras de metaloproteasas, apósitos bioactivos, preparados de tejidos por bioingeniería y la terapia de cicatrización por vacío.

4-REFERENCIAS:

4.1.-Brunner.L.S,SuddarthD.S . Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Mc GRAW-HILL .Interamericana.10 Edición México .2008.

4.2.-García FP et al. Guía para el manejo del riesgo de deterioro de la integridad cutánea , deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia 2005, Sep., 2(sup.)60 ISSN: 1697-638X.

4.3.-García FP, Pancorbo PL, Laguna JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Jaén Dirección de enfermería Hospital Universitario "Princesa de España" 2001.

4.4.-González ,M. A, Lopera W.D y Arango A. Fundamentos de Medicina : Manual Terapéutica .10Edición Bogotá .2002.

MANUAL DE ENFERMERÍA

4.5.-Sánchez Lorente, M.M & Col Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. Edición: Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2008

4.6.-Soldevilla J et al. Atención integral de las heridas crónicas. GNEAUPP. Ediciones SPA. Madrid 2004.

5.- CONSIDERACIONES GENERALES:

- Preparación del usuario para el tratamiento de la herida:
- Instruir al usuario y acompañante sobre el lavado de manos estricto.
- Restringir los procedimientos invasivos a los estrictamente necesarios.
- Enseñar al usuario y acompañante los signos y síntomas de la infección.

La valoración de la herida se realiza con el objetivo de:

- Identificar la presencia de características definitorias de distintos procesos que alteran el proceso de cicatrización.
- Identificar la etapa de cicatrización de la herida.
- Describir el estado de la herida.
- La valoración de la herida junto con la valoración de las características definitorias de la infección completan la valoración y nos orientan a identificar interferencias en la cicatrización de la herida .
- Las heridas se valoran por medio de la inspección visual, la palpación y el sentido del olfato.
- El examen de la herida deberá tener en cuenta en que fase del proceso de cicatrización se encuentra (fase inflamatoria, fibroblástica o maduración) y de que tipo de cicatrización se trata.

Identificación de los factores que afectan la cicatrización de la herida operatoria:

- Edad del usuario: cuanto mayor sea la edad del usuario, menor será la elasticidad de los tejidos por lo que se deben manipular todos los tejidos con suavidad.
- Manipulación de los tejidos: la manipulación con fuerza causa lesiones y retraso de la cicatrización, por lo que se deben manejar los tejidos con cuidado y movimientos uniformes.
- Hemorragia: la acumulación de sangre crea espacios muertos y células muertas que deben eliminarse. Por lo que se deben vigilar los signos vitales y observar el sitio de incisión en búsqueda de hemorragia e infección.
- Apósitos inadecuados:
 - Demasiado pequeños: permite la invasión bacteriana y la contaminación.
 - Demasiado apretados: se reduce el riego sanguíneo que lleva nutrientes y oxígeno a los tejidos. Por lo que se debe acatar las pautas para la colocación correcta de los apósitos.
- Cuerpos extraños: la presencia de cuerpos extraños tiene efectos adversos en la cicatrización, por lo que se deben conservar las incisiones y heridas libres de filamentos de apósitos, talco y almidón de guantes.
- Actividades excesivas del usuario: impiden la aproximación de los bordes de la herida; el reposo favorece la cicatrización. Por lo que se deben aplicar medidas para mantener aproximados los bordes de la incisión: cinta de fijación, vendajes y férulas. Fomentar el reposo.
- Factores estresantes: que afectan de manera directa la incisión (vómito, tos intensa, esfuerzos): producen tensión en las heridas, particularmente las del dorso; por lo que se debe estimular los cambios frecuentes de posición y la

deambulación.

6.1. PROCEDIMIENTO

6.1.1 CURACIÓN DE HERIDAS:

- Leer las indicaciones médicas.
- Valoración del usuario.
- Valoración de la herida y etiología de la misma (arterial, venosa, por decúbito)
- Localización.
- Diámetros transversales, longitudinales y profundidad.
- Cantidad y calidad del exudado, color, olor, cantidad.
- Descubrir trayectos fistulosos.
- Evaluar la fase de cicatrización de la herida.
 - Tipo de tejido:
 - GRANULACION - aspecto brillante, rojo sangrante
 - DESVITALIZADO - color gris o parduzco
 - EPITELIAL - color rosado aperlado
 - NECROTICO - color negro brillante
 - FIBROSADO – blancuzco
 - Signos inflamatorios en herida y áreas circundantes
- Evaluar la cronicidad.
- Ver la respuesta a tratamientos previos instaurados.
 - Progreso de la cicatrización

INDICACIÓN QUIRÚRGICA:

Cuando se reconoce:

- tejido necrosado
- infección ósea (osteomielitis)
- en presencia de túneles o fistulas encubiertas
- éscara no debridable por procedimiento enzimático
- abscesos o insuficiencia arterial
- grandes pérdidas de sustancia.
- isquemia, insuficiencia arterial.
- ausencia de cicatrización tras 30-45 días de tratamiento intenso,
- lecho de la herida con exposición de hueso, tendones o injerto.

Reconocimiento de infección:

- presencia de signos de inflamación
- supuración de la herida
- infiltración de tejidos subyacentes
- síntomas sistemáticos
- cultivo con más de 10⁵ por gr. de tejido (punción)
- estreptococo beta hemolítico (m cualitativo)

- Preparar el carro de curaciones.
- Realizar higiene de manos.
- Explicar el procedimiento al usuario y colocarlo en una posición que asegure su comodidad y un fácil abordaje de la herida.
- Realizar el procedimiento entre un operador y un ayudante (de ser factible y/o

MANUAL DE ENFERMERÍA

necesario).

- Maximizar el cumplimiento de las medidas asépticas.

Los componentes básicos del cuidado de la lesión son:

1. LIMPIEZA DE LA LESIÓN

La limpieza de las lesiones se debe realizar al principio de cada cura. Se recomienda el uso de suero salino fisiológico como norma .

La presión del lavado y secado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza
- secar por empapamiento usando la mínima fuerza
- arrastrar el detritus, bacterias y restos sin dañar el tejido sano

La utilización prolongada de antisépticos para el lavado de las lesiones puede retrasar la cicatrización y crear resistencias, solamente se deben utilizar en los casos en los que exista evidencia de alta carga bacteriana.

2. DESBRIDAMIENTO

Cuando en el lecho de la herida hay tejido necrótico, éste actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación. Por ello es necesario eliminarlo a través del desbridamiento.

Existen distintos tipos de desbridamiento, su elección está en función del estado del usuario y de las características del tejido necrótico.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Valoración del estado general del usuario.

Las características del tejido a desbridar, orientará el tipo de desbridamiento

- Escara
- Esfacelos

Áreas anatómicas de especial atención

- Cara, manos, dedos, genitales, mucosas, tendones expuestos y cápsulas articulares

Control del dolor

- Considerar pauta analgésica y/o anestesia local

Excepción: necrosis seca en talón sin edema eritema, fluctuación o drenaje.

- Vigilancia continua
- Iniciar desbridamiento si aparecen estos signos

Se recomienda la combinación de diferentes tipos de desbridamiento ya que suelen ser compatibles

- Cortante asociado a enzimático y autolítico

PAUTAS DE CURACIÓN

1.-HERIDA QUIRÚRGICA

CERRADA SIN EXUDADO CON SUTURA INTACTA

- Destapar la curación a las 48 horas
- Lavar con Suero Fisiológico y luego con agua y jabón
- Controvertido el uso de antisépticos por la acción citotóxica sobre tejidos y resecamiento de la herida, contaminación de los mismos.

CERRADA CON EXUDADO

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Realizar asepsia con Suero fisiológico de la parte de la herida sin exudado y luego de la zona con secreción.
- Dejar bajo curación con gasa estéril la zona que exuda y el resto de la herida al aire.
- Realizar exudado si el líquido es sero purulento- turbio

2.-HERIDAS ABIERTAS

LIMPIAS

- Si la herida no presenta signos de infección hay que favorecer su pronta cicatrización a través de un medio húmedo en la misma lo cual favorece la migración de los fibroblastos y la formación del tejido de granulación.
- Lavar la herida con suero fisiológico SIN IRRIGAR y ocluyendo con apósitos bioactivos (hidrocoloides, hidroespumas).
- Herida profunda limpia - alginatos
 - fibras de colágeno
 - hidroespuma
 - hidrogeles

INFECTADA

- Lavar con Suero fisiológico a presión, por arrastre para favorecer el desprendimiento del tejido desvitalizado y disminuir carga bacteriana.
- Controvertido el uso de antisépticos en esta etapa.
- Colocar apósito de carbón activado y óxido de plata manteniéndolo hasta cuatro días, cambiando solo el apósito secundario externo.
- Si la herida presenta abundante exudado ALGINATOS
- RECORDAR NO USAR PARCHES OCLUSIVOS

3.-HERIDA CON TEJIDO DESVITALIZADO

- Aspecto:, tejido amarillento, grisáceo, negro con o sin exudado.

MÉTODOS DE DESBRIDAMIENTO 1:

Quirúrgico: en BQ por cirujano con anestesia poco selectivo y cruento, rápido; mejora irrigación inmediata

- requiere consentimiento informado
- Indicación: éscaras gruesas adherentes, lesiones
- extensas profundas, muy exudativas, signos de celulitis.,

Cortante: se realiza al pie de cama por médico o enfermera técnica aséptica método rápido y selectivo

- Riesgos de: sangrado, dolor e infección.

MÉTODOS DE DESBRIDAMIENTO 2:

- Mecánico: frotando o con cura oclusiva húmeda a seca muy cruento y doloroso. En desuso
- Enzimático: con productos químicos enzimáticos proteolíticos y fibrinolíticos, ej colagenasa favorece el debridamiento y a su vez el crecimiento del tejido de granulación.

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Autolítico: principio de cura húmeda (apósitos, hidrogeles) enzimas proteolíticas, fagocitos y macrófagos presentes en el exudado de la herida autodigestión método natural, selectivo, atraumático, no doloroso pero largo

USO DE ANTISÉPTICOS

TENER EN CUENTA:

- no deben usarse en forma rutinaria salvo algunas excepciones cuando la carga bacteriana necesita ser controlada.
- no deben usarse para la limpieza de heridas, limpias con tejido de granulación.
- eliminar antes de usarlos, restos de tejido desvitalizado duro.
- sólo deberán usarse como un soporte a la terapia antibiótica sistémica.

6.1.2. CURACIÓN DE QUEMADURAS:

Tratamiento:

Tratamiento inicial:

Analgesia y sedación: constituyen uno de los primeros pasos del tratamiento en la urgencia. Cumplida la premisa terapéutica de calmar el dolor, se podrá contar luego con un usuario tranquilo y colaborador, que permitirá una valoración diagnóstica de la lesión y un tratamiento local adecuado.

Por la necesidad de su acción rápida será aconsejable el uso de la vía parenteral, dependiendo la dosis del fármaco y del peso del paciente.

Analgesia de uso tópico: Agua fría, es tal vez uno de los métodos más antiguos, la sofisticación del pensamiento actual, lo ha dejado de lado. Sin embargo, la accesibilidad del agua corriente potable a temperatura adecuada (aproximadamente 15 grados Celsius) para nuestro propósito hacen que su aplicabilidad se recomiende, ya en lugar del accidente o durante el traslado. Factores positivos del agua corriente:

- a) usada inmediatamente al accidente limita la acción sobre los tejidos de la energía térmica.
- b) en los casos de quemaduras contaminadas produce un efecto de arrastre mecánico.
- c) disminuye ciertos factores inflamatorios y consecutivamente el edema.
- d) logra una moderada analgesia por efecto de presencia de sus condiciones físicas de inicio prácticamente instantáneo.

Para lograr el efecto analgésico local del agua fría (o solución fisiológica salina) se podrá colocar sobre la quemadura una compresa húmeda o una toalla; mientras se logra el efecto analgésico sistémico.

Limpeza y desbridamiento inicial.

Condición de asepsia. La quemadura deberá tratarse bajo las mejores condiciones de asepsia que permita el medio. Siendo el medio habitual de tratamiento de las quemaduras menores las salas de los servicios de emergencia, donde no suelen darse las condiciones ideales; trataremos por todos los medios posibles el evitar o no agravar la contaminación.

Si es posible, se realizara las curaciones con sobre túnicas, guantes, gorro y tapaboca. Como requerimiento mínimo deberá disponerse de tapaboca y guantes, recordando que la saliva y las manos del tratante son importantes vehículos de contaminación. Se

MANUAL DE ENFERMERÍA

recomienda que el personal auxiliar que colabore en el procedimiento, cuente con los mismos elementos, y de no poseerlos que evite hablar al estar próximo a la lesión.

Antisepsia local.

Será objetivo del lavado efectuar el arrastre mecánico de los contaminantes por su acción física de presencia y contribuir con su efecto bacteriostático por su acción específica.

A tener en cuenta:

- 1 – queda proscripto el lavado con alcohol y agua oxigenada.
- 2 – el lavado con solución salina fisiológica es el paso ineludible final de la etapa de lavado y antisepsia.

Desbridamiento.

En la urgencia, el tratamiento quirúrgico de las quemaduras implica el tratamiento de las flictenas. La aplicación de diferentes criterios y procederes ha dado lugar a mucha confusión respecto a la conducta a seguir.

Se resecan las flictenas tanto las que estén cerradas o abiertas espontáneamente. Completamos y nos auxiliamos en esta tarea con el lavado suave efectuado con gasa montada y solución salina fisiológica. Con maniobras delicadas se efectuara el desprendimiento de los coágulos de fibrina que se encuentran entre la capa epidérmica separada (flictena) y el lecho.

Al llegar a los bordes se verificara si la flictena fue correctamente reseca completándose la resección de la epidermis desprendida y no reseca, si fuera necesario.

El liquido de las flictenas y el epitelio desvitalizado solo sirve como medio excelente para la multiplicación bacteriana, y las maniobras de limpieza delicadas son la clave del buen tratamiento.

En ocasiones puede resultar dificultoso retirar los factores potenciadores de infección (FPI) tales como vellos quemados, restos de ropas carbonizadas, etc., especialmente cuando el agente ha sido la llama.

En las áreas pilosas se efectuara el rasurado de la quemadura y zonas vecinas en un margen de 10 cm.

Igual dificultad en la remoción puede presentar el retirar las sustancias tóxicas aplicadas sobre la quemadura por el paciente o sus familiares en el ambiente domiciliario (ungüentos y cremas).

Merece especial mención la quemadura con alquitrán. La viscosidad de este agente hace que quede adherido a la piel, tomando su limpieza dificultosa.

El tratar de usar diluyentes convierte la maniobra en larga, tediosa y agresiva para los tejidos.

La maniobra aconsejable consiste en facilitar la solidificación del agente por la aplicación de compresas frías y aprovechar a retirarlo "in toto" desprendiéndolo conjuntamente con la flictena.

Para realizar este procedimiento se deben tener en cuenta los pasos de asepsia y antisepsia expuestos con anterioridad.

- Valorar zona y profundidad de la quemadura:
- Realizar higiene de manos.
- Acondicionamiento del área.
- Colocación de guantes estériles con técnica adecuada
- No aplicar sustancias inadecuadas (aloe, pasta dental, etc.). Si los dedos

MANUAL DE ENFERMERÍA

están quemados se deben separar con gasas húmedas. En caso de quemaduras de ojos no abrirlos y cubrirlos.

- Colocar sobre el área quemada un apósito graso estéril con nitrofurasona.
- Cubrir con gasa estéril.
- La curación debe ser de poco espesor, lo que permite la aireación de la zona y la salida de exudados al exterior, se debe evitar la colección de líquidos entre la curación y la quemadura.
- No debe ser compresiva.
- El leucoplasto que fija la curación (en caso de ser necesario) debe ser colocado en los extremos de la misma y no cruzar la lesión, ya que si comprime macera y supura el área de fijación.
- Sugerimos la utilización de malla de sujeción.
- Retirar el equipo y acondicionarlo.
- Todo el material blanco utilizado se descarta en bolsa de nylon roja. Las pinzas se descartan en un recipiente con antiséptico, para su posterior procesamiento, si fueron utilizados corto punzantes descartarlos en el descartex.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar procedimiento y valoración de la herida.
- Acondicionar el carro de curaciones.

7.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

8-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

VISITA DOMICILIARIA

1-PROPÓSITO : Contribuir al cuidado de salud a través del encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario y/o su familia; mediante un plan de cuidados basado en acciones de promoción y prevención .

2-CONSIDERACIONES:

El contexto familiar brinda la posibilidad de satisfacer las necesidades de salud del sistema familiar y de cada uno de sus miembros, a la vez que facilita la participación del grupo en el auto cuidado , así como en la definición de objetivos y pasos a seguir para promover , proteger , recuperar y rehabilitar la salud individual y familiar.

La Enfermera /o Comunitario/a ha sido en el Uruguay la/el principal dispensador de Atención Primaria en el ámbito familiar.

La Visita Domiciliaria al hogar ha sido y seguirá siendo para Enfermería la estrategia básica para proporcionar servicios, cuidados y atención integral que continúa en el contexto cotidiano de las personas, donde se desarrolla el proceso salud enfermedad no sólo en el individuo sino también en su familia, en el entorno y en la comunidad.

Es una actividad compleja que comprende una serie de métodos, técnicas e instrumentos de trabajo, los cuales permiten atender la salud en el macro y micro ambiente donde vive la familia con intervenciones que tengan un enfoque de riesgo anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales

Representa un valioso aporte al cambio del modelo de atención ya que constituye una oportunidad para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y la articulación intersectorial .

Diversas experiencias a nivel internacional han mostrado el impacto positivo de programas basados en visitas domiciliarias regulares. Su implementación en terreno representa un desafío que implica definir las competencias del personal responsable de

MANUAL DE ENFERMERÍA

la ejecución, su capacitación y el desarrollo de indicadores y un sistema de información que permitan evaluar su calidad e impacto.

3-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

3.1.-WHO/FCH/CA H/09.02. Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido :una estrategia para aumentar la supervivencia, 2009.

3.2.-Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Meta 1- Metas del niño y la embarazada. 2011. Disponible en: www.msp.gub.uy.

3.3.-Ministerio de Salud de Chile. Chile crece contigo. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. Orientaciones Técnicas. Disponible en: www.crececontigo.cl.

3.3.-Kotliarenco M, Gómez E, Muños M, Aracena M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. Rev Sal Pública 2010; 12 (2): 184 – 196.

4-IMPORTANCIA DE LA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA

- Favorece la interrelación del equipo de salud con la comunidad del área , territorio o sector asignado para la atención
- Favorece la continuidad en la atención sanitaria., así como la captación de nuevas personas con necesidades de atención y cuidado.
- Facilita la percepción de los cambios en el modelo de atención primaria por parte de la población que es atendida a través de la Visita.
- Permite conocer mejor la población asignada para la atención, captando a las familias que no concurren al Centro de Salud, y que no han ingresado a los Programas de atención a la salud.
- Permite atender a las personas en su medio más cercano y habitual (el entorno familiar)
- Favorece la participación de las familias en la resolución de las demandas no sanitarias detectadas mediante la atención domiciliaria
- La Visita permite impartir enseñanza en el mismo lugar donde se desarrolla la situación, de tal manera que la acción educativa se adapta a los recursos de la casa. Por Ej. a un diabético se le puede enseñar a usar su equipo de inyección de insulina , escoger el lugar donde guardarlo, así como escoger con él donde colocar los ayuda memorias para su adecuado tratamiento.
- La Visita permite a Enfermería ver a la persona en su medio familiar, donde tiene sus afectos y apoyos emocionales, importantes a la hora de planificar el cuidado; por Ej. de un niño con desnutrición precoz. que debe ser pesado semanalmente para evaluar progresos.
- Podemos observar la relación padres /hijos , si el adolescente tiene un espacio propio que promueva su salud o donde almacena y como prepara el adulto la leche para el lactante enfermo
- En la Visita al hogar los miembros de la familia sienten mayor libertad para hacer preguntas acerca a sus problemas, saben que el tiempo dedicado a esa visita les pertenece sólo a ellos.
- A través de esta modalidad de encuentro de Enfermería con las personas se establece una relación con carácter íntimo con el grupo familiar durante un período determinado que podrá favorecer el encuentro en torno a la salud y al objetivo de mejorar

MANUAL DE ENFERMERÍA

la calidad de vida y el nivel funcional óptimo del grupo.

- La Visita realizada por personal capacitado para tal fin proporcionará la oportunidad para descubrir otros problemas de salud no detectados o no percibidos por la familia, por lo tanto ésta no se limitará solamente a los objetivos propuestos en el plan de visita.

5- PLAN DE VISITA AL HOGAR.

Para interactuar con el grupo familiar debemos formularnos un plan trabajo: datos de identificación, situación o problemas de salud a abordar, objetivos, actividades a realizar y las anotaciones o informe en la ficha familiar y contrarreferencias adecuadas.

El juicio crítico de la Enfermera prevalecerá para la adaptación de este método de trabajo, así como de su renovación continúa acorde a las necesidades de salud siempre cambiantes de las familias y comunidad de un área, promoviendo la participación activa del Equipo de Salud en la continuidad de la atención.

Una vez que se ha seleccionado la familia a visitar, basándose en los problemas y necesidades que presenta, se hace el Planteo de la Visita que puede variar en su metodología y de acuerdo al Modelo de Enfermería por el que se orienta la Enfermera: Gestión de casos, Modelo de Enlace, Atención Distributiva. Sea cual fuese el Modelo elegido se debe tener en cuenta los escalones básicos de todo Plan de trabajo: Programación, Planificación, Ejecución y Evaluación, basados en el Programa en el cual se encuentra inserto el destinatario del cuidado.

Se debe tener en cuenta para ello los pasos metodológicos del Proceso de Atención de Enfermería que comprenden la Valoración, Planteamiento de Objetivos, Diagnósticos prevalentes, acciones y cuidados pertinentes y Evaluación de los mismos.

1-Se toman los datos de identificación: nombre, edad, ocupación, sexo, edad. Estado civil, escolaridad, dirección de la persona por la cual se hace la visita al hogar. Esta información se tomará de la ficha familiar si ya existe o en su defecto de la referencia realizada por el servicio que pasa la situación a seguir, de lo contrario se construye el familiograma.

2 - Se describe la situación o problema de salud por la cual se decidió visitar la familia. Por Ej. Un niño de 2 años con desnutrición de 2ª grado, cuyo control fue interrumpido.

3 - Se formulan los objetivos de la visita. Con el problema de salud ya citado, podríamos enunciar los siguientes:

- Identificar factores que intervinieron en la interrupción del control
- Identificar algunos de los factores que han contribuido a la desnutrición.
- Establecer un mejor acercamiento entre la familia y el servicio de salud.
- Identificar dificultades del adulto cuidador para responder adecuadamente a las necesidades del niño.
- Identificación y promoción de factores protectores identificados.
- Realizar el plan futuro con los padres y familia, evaluación de expectativas y competencias parenterales.
- Realizar una aproximación y enlace a las redes sociales locales.

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Realizar referencia y contrareferencia de los servicios incluidos en el contexto territorial.

4 - Esbozar las actividades para realizar en el hogar. Estas actividades están en relación con los objetivos antes planteados.

- Hacer las anotaciones en la Ficha familiar y referencia recibida.
- En estas anotaciones aparecen en resumen la condición de salud encontrada, las actividades realizadas en el hogar, y los planes futuros con la familia.

5-EI /la Enfermera/o firmará el documento de Visita que quedará anexo a la ficha de salud de la persona y o familia.

El Proceso de Atención de Enfermería realizado a través de las Visitas Domiciliarias será compartido con el Equipo de Salud en las instancias creadas para tal fin, como pueden ser los ateneos de salud familiar o con otros servicios o actores participantes. Es importante tener en cuenta que la superposición de prestaciones o intervenciones en un mismo lugar descoordinadas, no sólo no permite identificar cual es el objetivo ni quien provee el servicio, para ello la comunicación es una herramienta indispensable y debe ser sistemática.

Está demostrado que la VD tiene un impacto positivo en la salud infantil.

La revisión Cochrane muestra que:

- Favorece la salud mental de la madre y las familias al proporcionar ayuda directa.
- Impacta en actitudes y comportamientos parentales, mejorando las interacciones entre la madre y el niño.
- Mejora el desarrollo cognitivo, emocional y social en los niños.
- Previene el abuso infantil y maltrato infantil.
- Mejora la autosuficiencia de la madres (mejora el contacto a las redes sociales y favorece el acceso a la fuerza de trabajo).
- En embarazo adolescente: mejora los resultados en el embarazo.

“La concepción moderna de la Atención Temprana hace necesario que dispongamos de modelos diagnósticos integradores que consideren, además de las enfermedades, los aspectos evolutivos, de aprendizaje, y aquellos otros factores contextuales emocionales y ambientales que inciden en el crecimiento, la maduración y el desarrollo del niño”.

Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, Documento Ministerio de Sanidad y Política Social España,

La clasificación del Riesgo se realiza en el lugar de nacimiento. Esta tarea es de responsabilidad del Pediatra, Neonatólogo, Partera o profesional de la salud que asistió el parto. Además, se debe procurar que el niño/niña sea derivado al Primer Nivel con toda la información necesaria, en relación a su clasificación.

Por otra parte, se tiene como directriz, en relación al “cuándo” debe realizarse la VD (a la oportunidad” de realización de la VD), lo establecido en la Meta Asistencial 1 del 2011:

- RN de riesgo: en los 7 días posteriores al alta Hospitalaria.
- RN que no concurre al primer control (antes de los 10 días): a la brevedad de manera que se contemplen los dos controles requeridos en el primer mes de vida.

Factores de Riesgo

MANUAL DE ENFERMERÍA

NIÑO	EMBARAZO / MADRE	AMBIENTE FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">✓ RN Pretérmino: menos o igual a 35 semanas.✓ Peso al nacer: menor o igual de 1.500 kg.✓ RN con patología que requirió cuidados moderados o intensivos.✓ RN con defectos o patologías congénitas.	<ul style="list-style-type: none">✓ Embarazo mal controlado: menos de tres controles.✓ Patología psiquiátrica severa de la madre.✓ Retardo Mental de la madre: moderado o severo.✓ Madre con Educación Primaria Incompleta.✓ Madre con VIH / VDRL positivo.✓ Madre menor a 16 o mayor de 45 años.	<ul style="list-style-type: none">✓ Familia que vive en situación de pobreza o indigencia✓ Madre / Padre / Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas (incluye alcohol y tabaco).✓ Hermano fallecido antes del año de vida.

6.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: Registros de Actividades de Enfermería, Historia Clínica .

7-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

INMUNIZACIONES

1-PRÓPOSITO Contribuir a la aplicación del Certificado Esquema de Vacunación en las Policlínicas del Servicio y por convenio con la Intendencia de Montevideo.

2-OBJETIVOS: Aplicar las metas del Certificado Esquema de Vacunación .

Objetivos específicos

- Tener conocimiento sobre la morbilidad y letalidad de las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Realizar actividades de promoción de vacunaciones.

3-Instituciones vinculadas:

Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, Laboratorio Calmette.



4-DEFINICIONES:

Vacunación: Procedimiento de administración de un producto inmunobiológico que pretende evitar la infección natural y estimular la inmunidad activa duradera en un individuo susceptible, mediante la introducción deliberada (por vía oral o parenteral) de un antígeno (microbio muerto, vivo o atenuado, fracción del mismo o producto bacteriano) que ha perdido el poder patógeno pero no el de inducir inmunidad.

Vacuna: Preparado que contiene una forma inactiva o debilitada del virus o bacteria responsable de la enfermedad, que administrada a un individuo sano estimula su sistema inmunitario a producir anticuerpos específicos para esa enfermedad. Sirven como medio de erradicación , prevención control y disminución de la letalidad.

Inmunidad: Es el estado de resistencia que suele provenir de la presencia de anticuerpos o de células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de la enfermedad infecciosa o contra su toxina.

Se divide en:

MANUAL DE ENFERMERÍA

- Activa natural: producida por la infección.
- Activa artificial: obtenida por la vacunación.
- Pasiva natural: obtenida por el pasaje transplacentario de anticuerpos de la madre al niño.
- Pasiva artificial: producida por la administración de gammaglobulinas.

Inmunización: Es la acción de conferencia de inmunidad mediante la administración de anticuerpos específicos, inmunidad pasiva

Inmunidad colectiva: es la resistencia de una población o grupos, a la invasión o difusión de un agente infeccioso como consecuencia de la resistencia específica a la infección de una elevada proporción de los miembros individuales de la población o grupo. Protege a la población de la epidemia, confiere una protección indirecta a los individuos que no hayan sido vacunados y hace posible la eliminación de la enfermedad cuando la tasa de inmunidad colectiva es suficiente como para interrumpir la transmisión, o sea que no sólo da inmunidad sino que se obtienen resultados superiores.

Inmunidad individual: Para la mayoría de las enfermedades la forma más eficaz de conseguir inmunidad es su desarrollo luego de padecer la enfermedad, pero hay enfermedades que desarrollan inmunidad para toda la vida, otras para determinado tipo de serotipo y otras por períodos determinados. El objetivo de ésta vacunación es desarrollar en el huésped una inmunidad activa similar al padecimiento de la enfermedad.

5-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 5.1.-CHLAEP, Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, Disponible en la página Web:<http://www.chlaep.org.uy>
- 5.2.-CHLAEP, Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, 4to curso de Vacunadores, año 2011.
- 5.3.-CHLAEP, Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, guía para una vacunación segura, año 2006
- 5.4.-Laboratorio Albert Calmette. Cadena de frío. Guía para el vacunador; Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, Montevideo, Uruguay, 2007
- 5.5.-Ministerio de Salud Pública. Informe sobre vacunas dirigido al personal de salud. Disponible en <http://www.sup.org.uy/index.asp>

6-CLASIFICACIÓN:

Desde el punto de vista microbiológico: según la composición y la forma de obtención.

Desde el punto de vista sanitario: Según el objetivo hacia los individuos y la comunidad (inmunidad colectiva e individual).

En relación a los objetivos epidemiológicos de las vacunaciones, se consideran dos grupos de enfermedades infecciosas vacunables:

- Las de reservorio humano y transmisión interhumana (la mayoría de las enfermedades de la infancia).
- Las del reservorio no humano (zoonosis).

MANUAL DE ENFERMERÍA

Para proteger a los individuos susceptibles, obtener inmunidad colectiva y así controlar o incluso eliminar enfermedades, los servicios de salud de los países recomiendan la administración la vacunación **en forma sistemática**, que han demostrado ser eficaces contra las enfermedades transmisibles de reservorio humano y transmisión interhumana.

La vacunación no sistemática apunta a la inmunidad individual y se basa en la inmunización según circunstancias personales o ambientales.



Tipos de vacunas:

Toxoides: Son enterotoxinas bacterianas que mediante procedimientos químicos o físicos pierden su capacidad patogénica y mantienen su capacidad inmunogénica. Ejemplos: vacuna antitetánica y antidiftérica.

De subunidades: Obtenidas de gérmenes como el caso de polisacáridos

de las vacunas antineumocócicas y hemophilus influenzae tipo b. Estas vacunas se pueden conjugar a un antígeno proteico, siendo así más inmunogénicas y además se pueden administrar a menores de 2 años.

Antígenos obtenidos por ingeniería genética: caso de las vacunas recombinante de la Hepatitis B.

A gérmenes muertos: Se obtienen de microorganismos cultivados y posteriormente tratados por medios físicos o químicos a fin de que pierdan su capacidad infectante y mantengan su capacidad inmunogénica. Este tipo de vacunas determinan menor reacción inmunitaria y requieren mayor número de dosis .Ejemplo: vacuna pertussis y polio inyectable.

A gérmenes vivos atenuados: Compuesta por organismos vivos que han perdido su virulencia. Estas vacunas ofrecen ventajas pues se replican en el organismo produciendo una respuesta inmune más duradera y requieren menos dosis para alcanzarla. Ejemplo: vacuna polio oral, vacuna del sarampión y vacuna de la rubéola.

Eficacia vacunal: Es el grado de protección contra una infección determinada conferida por una vacuna. Se expresa en porcentajes de vacunados que han adquirido una protección total contra esa infección.

Intervalos de vacunación: Algunas vacunas requieren de varias dosis para generar la respuesta inmunológica adecuada. Cuando se interrumpe una pauta de vacunación no implica reinicio , ni administración de dosis adicionales ; simplemente se ha de completar la serie de dosis establecidas continuando con las dosis pendientes. Los intervalos de tiempo superiores a lo fijado en el calendario vacunal no reducen las concentraciones finales de anticuerpos.

Los plazos mínimos de dosis no deben modificarse pues disminuye la respuesta inmune

MANUAL DE ENFERMERÍA

y algunas vacunas como la triple bacteriana, doble bacteriana y antitetánica pueden aumentar las reacciones adversas. Por lo expuesto se entiende que no existen plazos máximos entre las dosis de vacunas que requieren dosis múltiples.

Cadena de frío: Es un sistema de conservación estable y controlado a temperaturas correctas durante el manejo, transporte, distribución y almacenamiento de las vacunas; que permite conservar su eficacia y la efectividad desde el laboratorio productor hasta el momento de su aplicación.

Del equipamiento a nivel local :

Refrigerador: es de uso exclusivo para el almacenamiento de los biológicos .

Deben controlarse periódicamente los burletes, enchufes y cierre de puerta. Para su ubicación tener en cuenta que tiene que estar alejado de toda fuente de calor y a 15 cm de la pared para dispersión del calor del sistema de enfriamiento. Es indispensable que se encuentre nivelado y conectado en forma directa en enchufes alejados del suelo y con adaptadores de seguridad.

El termostato o botón regulador de la temperatura debe asegurarla entre +2C y +8C, para ello , el vacunador , controlará la temperatura Máxima y Mínima , a través de

CONTROL DIARIO DE TEMPERATURA DE HELADHRA

C.H.E.A. - E.P.
LABORATORIO ALBERT CALMETTE
Bv. Artigas 5178 - C.P. 11800
Teléfono: 2601715 Tel.2606753

MES ABRIL AÑO 2005

CENTRO DE VACUNACION C.P. Bella Unión CODIGO AB111 LOCALIDAD Bella Unión DEPARTAMENTO Artigas

TEMP	01		02		03		04		05		06		07		08		09		10		11		12		13		14		15			
	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F	M	m	I	F
12°C																																
10°C																																
8°C	X																															
6°C	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4°C	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3°C	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2°C																																
1°C																																
0°C																																
-1°C																																
-2°C																																

Al iniciar la jornada, anote la temperatura M (máxima), m (mínima) e I (inicial). Al finalizar anote F (final).
DEJE EL TERMOMETRO EN CORRECTA POSICION DE FUNCIONAMIENTO
> 12 Significa temperaturas mayores a 12° C.

COMPLETAR TODOS
LOS DATOS

termómetros digitales en forma diaria al comienzo y finalización de la guardia., completando para ello la Planilla de Control Diario de Temperatura .

Interrupciones de la cadena de frío:

Consultar si la interrupción fue local , institucional o zonal y tiempo estimado. En el caso de exceder las 4 horas o la jornada laboral tomar acciones para preservar los biológicos bajo cadena de frío. Comunicándose al Servicio de Atención a la Salud - Vacunaciones y al Laboratorio Calmette para valorar conjuntamente los pasos a seguir.

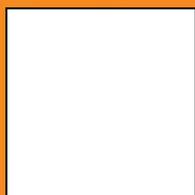
Certificado Esquema de Vacunación: En nuestro país, las vacunas incluidas en el Programa son estipulados por ley, por lo cual tienen carácter obligatorio y gratuito.

MANUAL DE ENFERMERÍA

Ante la pérdida del carné solicitar copia en el registro de la CHLA.EP que incluye : BCG, VOP, Pentavalente, primer dosis de SRP y Varicela : dosis posteriores no ingresan en el sistema . Las dosis registradas en dicho carné se darán por válidas y se confeccionará un nuevo carné con dichos datos .Las dosis que no hayan sido registradas ,se considerarán no dadas y se administrarán nuevamente.

El registro de las acciones de vacunación es un componente fundamental del Programa que en Uruguay consta de dos etapas: registro en el carnet oficial de vacunas y registro para archivo de datos en el Sistema computarizado de la CHLA-EP .

Todos los vacunadores deberán registrar las vacunas aplicadas y entregar las vacunas aplicadas y entregar esos registros a CHLA.EP para su procesamiento.



7-CONSIDERACIONES:

El objetivo de la actividad de los puestos de vacunación es ofrecer a la población un servicio accesible que estimule y posibilite el cumplimiento del calendario vacunal, para alcanzar la mayor cobertura posible de inmunizaciones.

En concordancia con este objetivo, cada vacunador/a debe propiciar instancias para captar individuos y grupos con déficit de vacunación, así como tener presente que las oportunidades para vacunar no se deber desaprovechar.

Si bien se procura la vacunación simultánea con diferentes biológicos y así está programado en el calendario vacunal vigente, nunca se deben mezclar diferentes preparaciones en una misma jeringa, ya que puede existir interferencia antigénica o incompatibilidad físico-química entre los componentes de las vacunas.

Las únicas vacunas entre las cuales se debe esperar un mes (si no se dieron simultáneamente) son la Triple viral y la de la Varicela, por ser a virus vivos atenuados.

8-SITUACIONES QUE NO CONTRAINDICAN LA VACUNACION:

No tienen contraindicada la vacunación y por lo tanto **SÍ DEBEN SER VACUNADOS QUIENES:**

- cursan enfermedades agudas leves o diarreas;
- reciben tratamiento con antibióticos o están en convalecencia de una enfermedad;
- luego de DPT tuvieron dolor o inflamación local, o fiebre de menos de 40,5°;
- son prematuros;
- estuvieron recientemente expuestos a enfermedades infecciosas;
- las mujeres que amamantan;
- tienen antecedentes personales de alergias inespecíficas, o antecedentes familiares de alergias;
- tienen antecedentes personales de alergia a antibióticos (excepto anafilaxia), y en estos casos hay especificaciones que competen al médico;
- tienen antecedentes de intolerancia a los antibióticos;
- padecen malnutrición;

MANUAL DE ENFERMERÍA

- tienen antecedentes familiares de reacciones adversas a las vacunas;
- tienen antecedentes familiares de convulsiones o síndrome de muerte súbita infantil;
- tienen síndrome de Down (que por su situación de inmunodeficiencia deben recibir además algunas vacunas que no están incluidas en el calendario para la población general).

Las vacunas, frente al sarampión y la varicela, pueden dar protección si son aplicadas dentro de las 72 hrs. siguientes a la exposición, y el médico puede indicar la administración de Ig específicas.

La vacunación, frente a la exposición a Hepatitis B, es muy eficaz si se combina con la aplicación simultánea de Ig específica.

9.- REGISTROS

Se deben realizar los registros de todos los procedimientos descritos en las planillas existentes para tal fin: carnet oficial de vacunas y registro para archivo de datos en el Sistema computarizado de la CHLA-EP .

10-MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Modificaciones	Aprobado P/
001	Versión inicial 2012		

MANUAL DE ENFERMERÍA

