

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

**HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUIA
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA
2ª PLANTA ALA ESTE**

Edición y revisión: Marzo 2003



INTRODUCCIÓN:

La elaboración de este Manual persigue el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza la Enfermería en nuestra Unidad entendiendo, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermera, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tenor de los nuevos avances científicos.

Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos de Enfermería son:

- Sirven para unificar criterios.
- Mejoran el aprovechamiento de los recursos.
- Ayudan a la investigación.
- Orientan al personal de nueva incorporación.
- Son base para el control de calidad.

Los contenidos de los procedimientos que aparecen en este Manual se basan en la Enfermería Basada en la Evidencia, y han sido elaborados y consensuados por grupos de profesionales enfermeros, concretamente del Área Hospitalaria de Valme, y a su vez ratificados por la Comisión de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, utilizando en todo momento una metodología científica y de consenso, motivo por el cual se me hace incuestionable su validez en la práctica clínica y su transposición a esta o cualquier otra Unidad de Hospitalización u Hospital.

Indudablemente su implantación debe marcar unas pautas guías de obligado cumplimiento para todos los profesionales de Enfermería (Enfermeros y Auxiliares de Enfermería) en su quehacer diario, a la vez que un compromiso de análisis crítico continuo mediante el pensamiento científico enfermero, que garantice su revisión constante y actualización, razón sin la cual no tendría sentido alguno.

Por último, la implantación de una guía de procedimientos es la herramienta inicial e imprescindible para plantear una metodología de trabajo basada en los Cuidados Integrales o de Calidad, facilitando la elaboración de la Cartera de Servicios de Enfermería y la unificación de criterios en las actividades e intervenciones enfermeras de nuestra profesión.

Os animo a seguir avanzando

Introducción de José Manuel Martínez Vázquez (Supervisor de La Unidad de C.O.T).

INDICE DE SECCIONES

- I. ACTIVIDAD-MOVILIDAD / REPOSO-SUEÑO.**
- II. ALIMENTACION-HIDRATACION.**
- III. COMUNICACION / RELACION.**
- IV. ELIMINACION.**
- V. HIGIENE.**
- VI. RESPIRACION.**
- VII. SEGURIDAD Y CONFORT**
- VIII. TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES.**
- IX. MÉTODOS DE DIAGNOSTICO.**
- X. NO ASISTENCIALES.**

INDICE DE CONTENIDO

ACTIVIDAD-MOVILIDAD / REPOSO-SUEÑO

1. Cambios posturales.
2. Levantar al paciente con ayuda.
3. Deambulación con ayuda.
4. Acostar al paciente con su colaboración.
5. Acostar al paciente sin su colaboración.
6. Valoración del patrón sueño.
7. Valoración del paciente en el insomnio.
8. Valoración de las necesidades de ocio.

ALIMENTACIÓN / HIDRATACION

1. Alimentación oral. Cuidados básicos.
2. Alimentación por S.N.G.
3. Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía.
4. Nutrición parenteral.

COMUNICACIÓN / RELACIÓN

1. Comunicación centrada en la relación profesional.
2. Relación centrada en el paciente anciano.
3. Relación centrada en el paciente con enfermedad crónica.
4. Relación centrada en el paciente en fase terminal.
5. Actuación ante una situación de agresividad.
6. Actuación ante la negación de la enfermedad.
7. Actuación ante la situación de duelo.
8. Relación basada y centrada en la autonomía del paciente.
9. Relación centrada en la información al paciente y familia.
10. Entrevista inicial.
11. Actuación de enfermería en caso de urgencia en paciente agitado.

ELIMINACIÓN

1. Acompañar al servicio.
2. Administración de enemas.
3. Enema por colostomía.

4. Cuidados del estoma intestinal.
5. Cuidados del estoma urinario.
6. Cuidados en la incontinencia.
7. Facilitar botella orinal.
8. Facilitar cuña.
9. Control de la diuresis.
10. Sondaje vesical masculino.
11. Sondaje vesical femenino.
12. Sondaje evacuador masculino.
13. Sondaje evacuador femenino.
14. Cuidados y mantenimiento del sondaje vesical.
15. Lavado vesical continuo.
16. Lavado vesical manual.
17. Cuidados N.P.C.
18. Sondaje rectal
19. Extracción de fecaloma.
20. Cuidados y mantenimiento del drenaje pleural.
21. Sondaje nasogástrico.
22. Aspiración gástrica continua.
23. Control de deposiciones y tipos.
24. Retirada del tubo pleural.

HIGIENE

1. Aseo del paciente encamado.
2. Lavado de cabeza en el paciente encamado.
3. Higiene y cuidado perineal masculino.
4. Higiene y cuidado perineal femenino.
5. Higiene y cuidado de las uñas.
6. Higiene y cuidado bucal.

RESPIRACIÓN

1. Oxigenoterapia.
2. Aspiración de secreciones.
3. Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y traqueotomía.
4. Cánula de traqueotomía. Limpieza y mantenimiento.
5. Aerosolterapia.

SEGURIDAD Y CONFORT

1. Hacer cama desocupada.
2. Hacer cama quirúrgica.
3. Hacer cama ocupada.
4. Valoración y control de la seguridad ambiental.
5. Prevención de caídas accidentales.
6. Sujeción del paciente.
7. Alineación corporal.
8. Posición decúbito lateral derecho e izquierdo.
9. Posición decúbito prono.

10. Posición de Fowler.
11. Posición de Trendelenburg.
12. Prevención de úlceras por presión.

TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES

1. Administración de medicación I.M.
2. Administración de medicación subcutánea e intradérmica.
3. Administración de medicación IV en bolo.
4. Administración de medicación oral.
5. Administración de medicación rectal
6. Administración de medicación vía ótica.
7. Administración de medicación por inhalación.
8. Administración de medicación vía tópica.
9. Aplicación de vendajes.
10. Cura de herida. Generalidades.
11. Colocación de férula de yeso.
12. Colocación de férula metálica.
13. Inserción de catéter venoso periférico.
14. Inserción de catéter venoso central.
15. Inserción de catéter venoso central de acceso periférico.
16. Mantenimiento y cuidados de vías perfusión IV.
17. Retirada de puntos/grapas.
18. Cuidado y mantenimiento de tracciones.
19. Preparación del campo quirúrgico.
20. Preparación, limpieza y reposición del carro de curas.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

1. Punción lumbar.
2. Toracocentesis diagnóstica.
3. Paracentesis y drenaje.
4. Traslado de pacientes a pruebas diagnósticas.
5. Recepción de pacientes a pruebas diagnósticas.
6. Toma de P.V.C.
7. Toma de frecuencia cardíaca.
8. Toma de tensión arterial.
9. Toma de frecuencia respiratoria.
10. Toma de temperatura axilar.
11. Realización de E.C.G.
12. Glucemia basal.
13. Realización de pruebas mediante tiras reactivas.
14. Obtención de muestra de orina para analítica.
15. Obtención de muestra de orina para cultivo.
16. Recogida de orina de 24 horas.
17. Recogida de muestra para coprocultivo.
18. Recogida de muestra para determinación de parásitos.
19. Recogida de muestra para determinación de sangre oculta en heces.
20. Recogida de esputo para estudio.
21. Toma de muestra de exudado de heridas para cultivo.

22. Extracción de sangre arterial para determinación de gases en sangre.
23. Extracción de sangre para hemocultivo.

NO ASISTENCIALES

1. Ordenación de medicamentos y fungible.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 1000

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD REPOSO/SUEÑO

CAMBIOS POSTURALES

CÓDIGO: 1.010

DESCRIPCION:

Modificación de la postura del paciente encamado que se practica de forma regular y periódica.

OBJETIVO:

- Evitar la aparición de úlceras por presión.
- Mejorar la circulación de las zonas de contacto.
- Proporcionar comodidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad (D.E., A.E., Celador).

RECURSOS MATERIALES:

- Almohadas
- Sábanas
- Barandillas
- Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Nos colocaremos a ambos lados de la cama.
- (Dependiendo del peso del paciente, necesitaremos 1 ó 2 personas a cada lado y otra que se encargará de sujetar la cabeza del paciente).
- Una vez que hayamos decidido la nueva postura (Decúbito supino, Decúbito lateral Dcho. e Izq. son las más usadas):
Actuar al unísono, tirando de la sábana hasta colocar al paciente en la posición deseada, evitando tirones y movimientos bruscos.
- En el caso en que la postura adoptada por el paciente sea decúbito lateral, nos ayudaremos de almohadas que colocaremos bajo la espalda para evitar que el paciente involuntariamente adopte la posición decúbito supino.
- Así mismo, colocaremos una almohada entre las piernas, que deberán estar flexionadas, para evitar el roce entre ellas.
- Nos aseguraremos que la sábana esté bien estirada y de que no existen arrugas.
- Colocar barandillas de seguridad. Incorporar la cama.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse al horario de cambio de postura (generalmente cada 4/6 h) respetando las horas de sueño.
- Mantener extrema precaución con las vías, cánulas, sondajes y oxigenoterapia, en el caso de que los tuviera, para evitar tirones y arrancamientos.
- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Tener en cuenta diagnóstico y patología del paciente para evitar posturas que pudieran ser nocivas.
- En algunos casos, el cambio postural nos puede facilitar el drenaje de secreciones respiratorias.
- El personal que realiza el cambio postural, debe adquirir una postura sana para evitar lesiones de espalda, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora del cambio y la postura adoptada en el mismo.
- Anotar si ha habido algún incidente o si ha aparecido alguna zona enrojecida susceptible de U.P.P.

LEVANTAR AL PACIENTE CON AYUDA

CÓDIGO: 1.020

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual facilitamos la incorporación, levantamiento y toma de asiento desde la cama al paciente que necesita ayuda.

OBJETIVO:

- Facilitar la necesidad de movilización del paciente.
- Ofrecer seguridad al paciente, además de evitar accidentes.
- Suplir su limitación.
- Mejorar la circulación sanguínea y evitar U.P.P.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad. (D.E., A.E., Celador.)

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela
- Sábanas
- Grúa

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Asegurarnos de que la patología del paciente no le impide levantarse.
- Pedir colaboración al paciente.
- Si el paciente no colabora, nos colocaremos de forma que el celador agarre al paciente por el torso a través de las axilas en la cabecera de la cama y uno o dos personas de enfermería al paciente por las piernas.
- Una vez que el paciente esté bien sujeto, llevarlo hasta el sillón en un esfuerzo sincronizado.
- Si el paciente colabora y se puede mantener en pie, sacar las piernas del paciente de la cama, sujetar por la axila y hombro, invitar al paciente a que nos agarre por la cintura y a que flexione el cuello y hacer esfuerzo hasta incorporarlo al filo de la cama. Una vez aquí, esperar unos minutos para evitar que el paciente pueda sufrir mareos, bajarlo de la cama y mantenerlo de pie, sujetándolo por hombros y axilas, pedirle que mueva sus piernas girando hacia el sillón e indicarle que flexione el tronco y las rodillas hasta sentarse.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Si el paciente es portador de vías, sondajes, cánulas u oxígeno, extremar las precauciones para evitar arrancamientos y tirones.
- El personal debe adquirir una postura sana, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano a la cama para realizar menor esfuerzo físico y evitar posibles lesiones.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería hora de levantamiento, actividad del paciente e incidencias si las hubiera.

DEAMBULAR CON AYUDA

CÓDIGO: 1.030

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual facilitamos al paciente su necesidad de movimiento, apoyado por personas y usando materiales de apoyo.

OBJETIVO:

- Evitar accidentes.
- Proporcionar seguridad al paciente.
- Ayudar a satisfacer su necesidad de movimiento.
- Mejorar circulación sanguínea y adquirir tonicidad y fuerza muscular
- Mejorar autoestima del paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Andador.
- Bastón.
- Muletas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- En primer lugar, asegurarnos que el paciente pueda caminar teniendo en cuenta su patología y su situación física. (Tonicidad muscular, presencia de heridas o úlceras, etc.).
- En el caso de que la deambulación sea con ayuda de recursos materiales tales como muletas, bastón o andador, debemos asegurarnos de la fortaleza de los músculos de las piernas y abdomen, así como los de manos, brazos y hombros, porque gran parte de su peso debe ser apoyado por estos músculos.
- Transmitir paciencia y evitar prisas. El lugar debe estar bien iluminado, sin obstáculos, ser suficientemente amplio, el suelo debe estar seco.
- Si el paciente padece disminución de la agudeza visual, recomendar el uso de sus gafas.
- Debemos sujetar, si es necesario, al paciente de forma segura por los hombros y axilas, o bien, invitar al paciente a que nos agarre a nosotros por el hombro a la vez que le sujetamos por la cintura.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución de forma estricta.
- Implicar a los familiares, si los vemos aptos para el procedimiento.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora y el tiempo que ha permanecido el paciente deambulando, así como la actitud de este último y si ha habido algún incidente.

ACOSTAR AL PACIENTE CON SU COLABORACION

CÓDIGO: 1.040

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual pasamos a la cama al paciente que precisa ayuda.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar además de ayuda al paciente para satisfacer su necesidad de reposo/sueño.
- Evitar accidentes.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama. Colocar la cama en posición horizontal.
- Mantener al paciente en pie de espaldas a la cama, sujetándolo por las axilas y los hombros.
- Sentarle en el filo de la cama y a continuación ayudarle a echarse sobre ella de espaldas.
- Cogerle ambas piernas y ayudarle a llevarlas sobre la cama.
- Colocarnos a ambos lados de la cama a la altura de la cabecera.
- Indicar al paciente que flexione las rodillas y apoye los talones, a la vez que sujetándolo por las axilas, lo llevamos hacia arriba en un esfuerzo sincronizado.
- Incorporar la cama.
- Tapar al paciente.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Extremar precauciones si el paciente presenta vías, sondas, cánulas, oxígeno, etc.

REGISTROS:

- Anotar hora e incidencias si las hubiera en la hoja de enfermería.

ACOSTAR AL PACIENTE SIN SU COLABORACION

CÓDIGO: 1.050

DESCRIPCION:

Llevar desde el sillón hasta la cama al paciente que no presta colaboración alguna.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar para que el paciente satisfaga su necesidad de reposo/sueño.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Sábana.
- Manivela.
- Grúa.

TECNICA DE EJECUCION:

- Si el paciente está consciente, informarle sobre el procedimiento a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Colocar el sillón paralelo y pegado a la cama.
- Asegurarnos si el paciente tiene algún drenaje, sondaje o sueroterapia, para evitar tirones y arrancamientos. Si las tiene, extremar las precauciones.
- Colocarnos por la cabecera y los pies del paciente y asirle por el torso a través de las axilas, a la vez que otra persona agarra ambas piernas y un tercero está pendiente de drenajes y sueros.
- Llevarle hasta la cama en un esfuerzo sincronizado.
- Una vez en la cama acomodar al paciente, taparlo e incorporar la cama dependiendo de su patología.
- Acomodar sueros y sondajes a la cama si los tuviera.
- Colocar barandillas de seguridad.

OBSERVACIONES:

- Es importante valorar las cualidades antropométricas del paciente para que en función de éstas, se determine el número de personas necesarias para la realización del procedimiento.
- Adoptar una postura sana para evitar lesiones (personal sanitario):
 - Flexionar las rodillas, separándolas.
 - Mantener la espalda lo más recta posible.
 - Mantener el cuerpo lo más cercano posible al paciente para realizar menor esfuerzo físico.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora y posibles incidencias, además del tiempo total que ha permanecido sentado.

VALORACION DEL PATRON SUEÑO

CÓDIGO: 1.060

DESCRIPCION:

Obtención de datos a través de la entrevista y la observación acerca de los hábitos de sueño del paciente.

OBJETIVO:

- Obtener información acerca de los hábitos de sueño del individuo.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Historia del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Entrevista personal con el paciente, preguntándole:
 - ¿Tiene dificultad para dormir?.
 - ¿Cuántas horas duerme habitualmente?.
 - ¿Se despierta frecuentemente durante la noche?.
 - Si se despierta, ¿tarda en volverse a dormir?.
 - ¿Tiene usted alguna costumbre para dormir?. ¿Cuál?.
 - ¿Toma medicación?, ¿Cuál?.

OBSERVACIONES:

- Intentar respetar las costumbres de sueño del paciente, en la medida de lo posible.
- Si duerme con un objeto personal, solicitar que se lo faciliten desde su domicilio.

REGISTROS:

- Anotar en la historia todos los datos extraídos de la entrevista.

VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL INSOMNIO

CÓDIGO: 1.070

DESCRIPCION:

Conjunto de actividades dirigidas a combatir el insomnio y favorecer el descanso y el sueño del paciente.

OBJETIVO:

- Prestar los cuidados necesarios para favorecer el sueño.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Atender al apartado de técnicas de ejecución.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Crear un entorno "ideal" para el descanso, evitando estímulos ambientales tales como quitar T.V., evitar ruidos, apagar luces, cerrar la puerta, asegurar una temperatura agradable en la habitación.
- Asegurar medidas de seguridad tales como luces de noche, timbre al alcance de la mano y barandillas protectoras.
- Proporcionar comodidad al paciente asegurándonos que ha recibido una buena higiene personal, facilitando ropa cómoda, cerciorándonos de que la ropa de la cama está limpia y seca, proporcionar mantas si hiciera frío, estimular a que evacue la vejiga antes de acostarse.
- Valorar estado anímico e intentar disminuir ansiedad, miedos, etc. En el caso de que existieran, ofrecer infusiones o bebidas calientes.
- Evitar que duerma durante el día e intentar que lleve una vida lo más activa posible dentro de lo que permita la patología.
- Evitar cenas copiosas.

OBSERVACIONES:

- Si persiste el insomnio, consultar con el médico por si fuera necesaria la prescripción y administración de hipnóticos.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería cómo ha pasado la noche y si las medidas tomadas han sido efectivos.

VALORACION DE LAS NECESIDADES DE OCIO

CÓDIGO: 1.080

DESCRIPCION:

Obtención de datos a través de la entrevista, acerca de actividades ociosas, hobby o aficiones del paciente y el grado de dependencia de éste hacia ellas.

OBJETIVO:

- Obtener información sobre estos hábitos y valorar la importancia que para el paciente tienen dichas aficiones.
- Detectar posibles problemas en el paciente provocados por no satisfacer sus necesidades de ocio (ansiedad, falta de comunicación ...).

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Historia del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Entrevista personal con el paciente preguntándole por la cantidad de tiempo de que dispone y cuáles son sus aficiones preferidas que realiza de forma regular y su grado de dependencia hacia ellas.

OBSERVACIONES:

- En el caso en que no pueda, por razones obvias, disfrutar de sus aficiones mientras esté hospitalizado, ofrecer alternativas que sí pueda desarrollar en el ámbito hospitalario y su patología lo permita.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería, dedicación del paciente, cantidad de tiempo libre ocupado en aficiones, así como estado anímico durante el día.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 2000

ALIMENTACIÓN E HIDRATACION

ALIMENTACION ORAL. CUIDADOS BÁSICOS

CÓDIGO: 2.010

DESCRIPCION:

Preparación y ayuda del paciente para su alimentación.

OBJETIVO:

- Proporcionar al paciente la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o / A. E.

RECURSOS MATERIALES:

- Mesa auxiliar.
- Bandeja de comida.
- Manivela de cama.
- Material para lavado de manos e higiene de la boca.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente en posición cómoda para comer.
- Proporciónale el material para el lavado de manos y ayúdele s/p.
- Mantenga una buena iluminación en la habitación.
- Revise la bandeja de comida y compruebe que la dieta recibida coincide con la solicitada.
- Ayude al paciente a comer s/p.
- Una vez finalizada la comida, compruebe lo que ha comido el paciente.
- Retire la bandeja.
- Proporciónale el material necesario para el lavado de manos y la higiene bucal y ayúdele s/p.
- Coloque al paciente en posición cómoda.

OBSERVACIONES:

- Verifique que la dieta servida coincide con la prescrita.
- Revise que la bandeja está completa.
- Procure el tiempo necesario para la ingesta de alimentos.

REGISTROS:

- Indique cualquier incidencia ocurrida, si el paciente no ha comido o ha comido mal y por qué.

ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA

CODIGO: 2.020

DESCRIPCION:

Es la técnica que nos permitirá la nutrición e hidratación del paciente, además de la administración de medicación por vía oral.

OBJETIVO:

- Nutrir e hidratar al paciente que no puede hacerlo por vía oral.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o A. E.

RECURSOS MATERIALES:

- Bolsa o jeringa de alimentación.
- Vaso con agua.
- Pinza de Kocher.
- Servilleta desechable.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Lávese las manos y colóquese los guantes desechables.
- Informe al paciente del procedimiento.
- Coloque al paciente en posición sentado.
- Prepare la dieta prescrita.
- Pince la S.N.G. y retire el tapón.
- Conecte la jeringa vacía, despince la sonda y aspire, comprobando que no hay retención.
- Pince la sonda y conecte la bolsa o jeringa con la dieta.
- Despince e introduzca el alimento lentamente, si es por jeringa o gradúe el ritmo de goteo, si es por bolsa.
- Introduzca 50 cc. de agua y coloque el tapón de la sonda.

OBSERVACIONES:

- Antes de administrar la alimentación, compruebe la correcta colocación de la sonda.
- Mantenga al paciente sentado o incorporado en la cama hasta una hora después de la administración de la dieta.
- Administre la dieta lentamente para evitar intolerancias y diarrea.
- Evite la existencia de grumos en la dieta y la introducción de aire.

- Administre la dieta a temperatura ambiente.
- Suspenda la administración si hay náuseas y vómitos.

REGISTROS:

- Anote tipo de dieta administrada y cantidad de la misma, así como cualquier tipo de incidencia ocurrida durante su administración.

ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMÍA

CÓDIGO: 2.030

DESCRIPCION:

Nutrición e hidratación del paciente por vía gástrica o intestinal directa.

OBJETIVO:

- Proporcionar los nutrientes necesarios en paciente que no puede ser alimentado por vía oral, accediendo por vía gástrica o intestinal directa.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda de alimentación enteral
- Bomba de perfusión
- Dieta prescrita
- Jeringa de 50 cc.
- Pinza de Pean
- Vaso con agua

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente del procedimiento
- Comprobar que la dieta corresponde a la prescripción
- Purgar el sistema y conectarlo a la bomba tras comprobar su correcto funcionamiento
- Pinzar la sonda y retirar el tapón
- Conectar la jeringa vacía a la sonda y despinzar
- Aspirar comprobando si hay retención
- Si no hay retención, administrar la dieta muy lentamente o por medio de goteo al ritmo indicado
- Una vez introducida la dieta, administrar de 20 a 30 cc. de agua
- Ocluir la sonda

OBSERVACIONES:

- Si al aspirar se comprueba que existe retención, aspirar el contenido y volver a introducirlo, añadiendo de la nueva dieta hasta completar la cantidad prescrita.

REGISTROS:

- Anotar hora de administración, tipo de dieta, cantidad y si hay retención y cantidad.

NUTRICION PARENTERAL

CÓDIGO: 2.040

DESCRIPCION:

Es el procedimiento mediante el cual suministramos por vía intravenosa, sustancias nutrientes para lograr o mantener un buen estado metabólico y energético.

OBJETIVO:

- Nutrir e hidratar a un paciente que no puede hacerlo por otro sistema.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- Material para la canalización de vía venosa
- Bolsa de nutrición parenteral
- Sistema de perfusión
- Filtro antibacteriano
- Bomba de perfusión
- Guantes, mascarilla, bata y campo estéril
- Gasas, esparadrapo hipoalérgico
- Antiséptico

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar el funcionamiento correcto de la bomba de perfusión.
- Elegir el sistema adecuado a la bomba de perfusión que vayamos a utilizar. Comprobar que la bolsa de perfusión se corresponde con la solicitada al Servicio de Farmacia.
- Comprobar integridad de la bolsa y características.
- Proteger la bolsa de la luz, si no lo estuviera.
- Si no hay vía canalizada, canalizar según procedimiento correspondiente.
- Conectar el sistema a la bolsa de N.P. y purgarlo.
- Conectar al catéter del paciente.
- Iniciar perfusión
- Aislar las conexiones con gasas empapadas en antiséptico.
- Controlar el ritmo de la perfusión, el cual debe ser constante y continuo.
- En caso de interrupción, sustituir por glucosa 10% y comunicar al médico.

OBSERVACIONES:

- Administración por prescripción médica
- Cambiar el sistema de perfusión cada 24h.
- Control de constantes vitales y determinaciones analíticas según prescripción médica.
- Mantener la N.P. en el frigorífico hasta su utilización
- Mantener 1 ó 2 h. a temperatura ambiente antes de administrarla.
- Mantener conectada a la red la bomba de perfusión siempre que sea posible para que no se agoten las baterías.

REGISTROS:

- Anotar fecha y hora del comienzo de la perfusión y finalización de la misma.
- Indicar ritmo de la perfusión en la hoja de registro de enfermería.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 3000

COMUNICACIÓN Y RELACION

COMUNICACION CENTRADA EN LA RELACION PROFESIONAL

CODIGO: 3.010

DESCRIPCION:

Relación no buscada por el personal, ni por el propio paciente. Se adopta un papel de experto en las elecciones terapéuticas del paciente.

OBJETIVO:

- Establecer una relación de confianza y participación mutua, manteniendo cierto distanciamiento que le permita tomar decisiones.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Eliminar posibles distracciones (teléfono, interrupciones, puerta, etc.)
- Escuchar activamente lo que el paciente tiene que comunicarnos.
- Demostrar que estamos dispuestos a escucharle y que puede confiar en nosotros.
- Decir lo que se piensa u opina.
- Ser paciente, no interrumpirle, tomarnos el tiempo necesario evitando la crítica. Ser coherente con la situación y contexto.
- Expresarse de forma audible, fluida y clara.
- Evitar tecnicismos para facilitar la comprensión.
- Explicar cualquier técnica que se realice al enfermo antes de comenzar, aclarando sus dudas y disminuyendo sus temores.
- Preguntar al paciente si nos hemos explicado bien, si le quedan dudas y si quiere algo más.

OBSERVACIONES:

- Esta técnica también se utilizará con familiares y acompañantes.
- Estar seguros de que el paciente se ha enterado y ha captado lo que le hemos dicho.

REGISTROS:

- Hacer constar la explicación de las técnicas y la comprensión de éstas por parte del paciente.

RELACIÓN CENTRADA EN PACIENTES ANCIANOS

CODIGO: 3.020

DESCRIPCION:

Es la relación de confianza y comunicación que se establece para determinar que es lo que espera el anciano de nosotros disminuyendo su ansiedad y favoreciendo su adaptación al medio hospitalario.

OBJETIVO:

- Disminuir la ansiedad y favorecer la adaptación al medio.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Presentarse al paciente y decirle nuestro nombre.
- Hablar directamente a la persona utilizando frases cortas y específicas manteniendo la mirada.
- Escuchar al paciente.
- Aclarar todas sus dudas de forma sencilla y entendible.
- No dar sensación de prisa, dejar acabadas las frases.
- No levantar la voz.

OBSERVACIONES:

- Dirigirnos al paciente con el máximo respeto, evitar el tuteo y términos como "abuelo", "abuelito", etc.

REGISTROS:

- Registrar aquellos datos de interés detectados en la entrevista.

RELACION CENTRADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

CODIGO: 3.030

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece entre el profesional y el paciente que sufre una enfermedad crónica y que necesitan conocer toda la información que les pueda ayudar a controlar su enfermedad.

OBJETIVO:

- Establecer una comunicación continua entre profesional y paciente para lograr el bienestar y mejorar.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente de todo lo relacionado con su enfermedad.
- Enseñar al paciente sobre conocimientos, habilidades y conductas que sirvan para mejorar su salud.
- Enseñar sobre la forma de tomar el tratamiento, beneficios y dosis, horario y efectos secundarios.
- Transmitir la convicción de que el tratamiento disminuye las complicaciones.
- Ayudarle a superar las barreras que percibe en el tratamiento.
- Ponernos al lado del paciente y en el lugar del paciente con el objetivo común de mejorarle.
- Estimular la creencia de que los riesgos de las complicaciones se pueden reducir con controles periódicos.
- Establecer objetivos con el paciente que sean concretos, alcanzables, comprensibles y evaluables.

OBSERVACIONES:

- Nada destacable.

REGISTROS:

- Registrar objetivos pactados con el paciente.

RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL

CÓDIGO: 3 040

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece entre el profesional y el paciente desde el momento en que el enfermo es considerado terminal, y en el cual comienza un periodo, más o menos largo en que la enfermedad pasa por diversos estadios : progresa, se estaciona, empeora de forma irregular con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

OBJETIVO:

- Ayudar al paciente a prepararse para morir.
- Evitar sufrimientos innecesarios en el paciente.
- Morir con dignidad.
- Satisfacer sus necesidades.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Material necesario para la higiene.
- Analgésicos si fueran necesarios.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Mantener una higiene adecuada, así como la hidratación y administración de analgésicos si estuviesen indicados.
- Mantener las funciones respiratorias y eliminatorias en las mejores condiciones posibles.
- Asegurar la intimidad del paciente en todo momento.
- Escuchar al paciente estimulando para que exprese sus sentimientos y temores.
- Evitar que se sientan solos o abandonados.
- Si no es posible que esté acompañado por la familia, la enfermera/o le hará frecuentes visitas.
- Será tratado con respeto y dignidad teniendo en cuenta las opiniones del paciente, respetando asimismo sus creencias y costumbres, llamando al Capellán si fuese su deseo.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIVIDAD

CODIGO: 3.050

DESCRIPCIÓN:

Situación de agresividad e irritabilidad que imposibilita el mantenimiento de una conversación normal.

OBJETIVO:

- Conseguir a través de una relación asertiva que la irritabilidad y agresividad disminuyan y se pueda mantener una conversación normal.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la Unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- No ponerse a la altura de la persona agresiva.
- La agresividad genera más agresividad.
- Demostrar a la persona que se entiende su irritabilidad, enfado...
- Escuchar activamente: mantener la mirada, asentir, resumir y repetir su queja o problema.
- Esperar a que disminuya su irritación.
- No hablar hasta que el paciente/familia empiece a tranquilizarse.
- Seguir preguntando.
- Conseguir que siga hablando.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución de forma estricta.

REGISTROS:

- Registrar en el apartado de incidencias tanto el incidente como el resultado.

ACTUACION ANTE LA NEGACION DE LA ENFERMEDAD

CÓDIGO: 3.060

DESCRIPCION:

Manejo de la situación en la que el paciente niega su proceso patológico.

OBJETIVO:

- El paciente tomará conciencia de su enfermedad y colaborará en sus cuidados, utilizando los recursos adecuados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Hablar con el paciente, abordando la situación de forma directa y clara. Comprender al paciente tal como es.
- No reaccionar ante su posible cólera.
- Permitir que el paciente exprese sus sentimientos sin precipitarse.
- Ofrecerle nuestra ayuda, manteniendo en todo momento una actitud imparcial. Intentar implicar a la familia en los cuidados y pautas a seguir.

OBSERVACIONES:

- El impacto que puede producir en el paciente el diagnóstico de su enfermedad, es singularmente importante, condicionando la buena o mala aceptación de ésta.

REGISTROS:

- Registrar los logros obtenidos.

ACTUACION ANTE LA SITUACION DE DUELO

CÓDIGO: 3.070

DESCRIPCION:

Actuación y manejo de una situación de duelo.

OBJETIVO:

- Aliviar el sufrimiento y aceptar la pérdida de un ser querido.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Ayudar e informar a la familia de los pasos a seguir.
- Dar apoyo moral.
- Procurar encontrarles un lugar tranquilo, lejos de otros familiares.
- Dejarles estar por un rato al lado del difunto, si ese fuera su deseo.
- Respetar su intimidad.

OBSERVACIONES:

- La persona experimenta un estado de choque, en el periodo de tiempo que sigue inmediatamente a la pérdida: Rehúsa aceptar y comprender lo que pasa y actúa como si estuviera separado del mundo exterior.

REGISTROS:

- No

RELACION BASADA EN LA AUTONOMIA DEL PACIENTE

CÓDIGO: 3.080

DESCRIPCION:

Solo a partir de una información adecuada el paciente podrá decidir libremente lo que crea más oportuno para él.

OBJETIVO:

- Potenciar la autonomía del paciente a través de una mejor información.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Hablar con el paciente e informar de la técnica a realizar.
- Preguntar si la ha comprendido y si ha recibido la información necesaria.
- Utilizar un lenguaje comprensible y adaptado a su medio.
- Escuchar al paciente y responder a todas sus dudas.
- Fomentar y motivar los logros conseguidos por el paciente en su autonomía.
- Promover la participación del paciente en la toma de decisiones.
- Pedir opinión.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar los logros conseguidos por el paciente.

RELACION CENTRADA EN LA INFORMACION AL PACIENTE Y FAMILIA

CÓDIGO: 3.090

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece para que tanto el paciente como su familia comprendan con claridad sus responsabilidades, como cuidar al paciente, así como la prevención de posibles complicaciones.

OBJETIVO:

- Enseñar a los familiares a comprender y aceptar la enfermedad, así como la identificación de síntomas.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Ayudar al paciente y familiares a reconocer los problemas y la manera de afrontarlos de una forma realista.
- Ayudar a buscar los medios adecuados, para hacer frente a estos problemas.
- Tratar de hacer comprender y aceptar que las limitaciones forman parte de la condición humana.
- Informar del tratamiento y pautas a seguir.
- Prevenir al paciente y familia acerca del uso indiscriminado de fármacos.
- Informar tanto al paciente como a su familia, de la forma de administrar medicamentos o técnicas especiales, si se requiriesen.

OBSERVACION:

REGISTROS:

ENTREVISTA INICIAL

CODIGO: 3.100

DESCRIPCION:

Entrevista al paciente a su llegada al servicio.

OBJETIVO:

- Aclarar dudas y disminuir la ansiedad posible producida por el ingreso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Materiales reseñados en el plan de acogida.

TECNICA DE EJECUCION:

- Elegir lugar y momento oportuno para asegurarse de que es escuchado.
- Presentarse al paciente y decirle nuestro nombre.
- Aclarar sus dudas e informarles sobre las normas, pautas horarios, etc. , del servicio en que se encuentra.
- Informarle de cómo ponerse en contacto con el personal que le atiende en caso de necesitarlo.
- Mostrarse sereno y relajado.
- Escuchar al paciente, demostrando interés por lo que nos quiere comunicar.
- Hablar siempre en primera persona.
- Preguntar ordenadamente.
- Ser consistente en lo que se dice, no contradecirse.
- Hablar para que el paciente lo entienda.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar las observaciones y demás datos de interés.

ACTUACION DE ENFERMERIA EN CASO DE URGENCIA EN PACIENTE AGITADO

CÓDIGO: 3.110

DESCRIPCION:

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción mediante la intervención del personal, que puede ser: una 1ª pauta de actuación psíquica, fomentando la verbalización y si no fuese posible, se pasaría a la 2ª medida, que sería la contención física.

OBJETIVO:

- La contención psíquica, física o química para evitar e riesgo de autolesiones o daños a otros (personal, pacientes, etc...)

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Material para contención física s/p.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- El médico o en su lugar la enfermera/o, dirigirá la intervención para reducir la ansiedad del paciente, del personal y de otros pacientes. Se informará al paciente de las medidas a tomar.
- Pudiendo ser estas medidas de dos tipos:

1. Contención Psíquica:

- Evitar que pase a la acción.
- Escuchar al paciente.
- Poner límites a su conducta, si fuese posible.
- Estimular su capacidad de pensar.
- Facilitar la verbalización de sus impulsos auto-heteroagresivos.

2. Contención física:

- Se ejecutará en situaciones de agitación o cuando el paciente sea incapaz de controlar sus impulsos.
- Actuar de forma rápida y coordinada.
- Se recomienda la actuación de 4 ó 5 personas.
- Se llevará a cabo encargándose una persona de cada miembro y otra de la cabeza.
- No apretar las sujeciones de los miembros en exceso, para evitar lesiones por compresión.

-
- Vigilar al paciente cada 30 minutos.
 - Liberar periódicamente cada uno de los miembros para evitar complicaciones.
 - No desatar sin la prevención de personal suficiente y previa evaluación.

OBSERVACIONES:

- No enfrentarse al paciente en ningún momento.
- No intentar la reducción de un paciente sin personal suficiente.

REGISTROS:

- Registrar incidencias en Observaciones de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 4000

ELIMINACIÓN

ACOMPañAR AL SERVICIO

CODIGO: 4.010

DESCRIPCION:

Es la acción de ayudar a un paciente a ir al servicio.

OBJETIVO:

- Auxilio al paciente en el proceso de ir al servicio con el objetivo de realizar necesidades relacionadas con la higiene o la eliminación fecal/urinaria.

RECURSOS HUMANOS:

- Una Auxiliar de Enfermería y/o Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Muletas o andador.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elija guantes adecuados.
- Elija muletas o andador si es necesario.

EJECUCIÓN:

- Ayudar al paciente a incorporarse en la cama o sillón.
- Acomodarlo.
- Se le acompañará al servicio y se le ayudará o no dependiendo del grado de dificultad que presente.
- Se le indicará donde está el interruptor de la luz y todo el material de aseo que precise.
- Le indicaremos que al finalizar nos avise, en caso necesario permaneceremos cerca de la habitación.

MANTENIMIENTO:

- Ayudaremos al paciente en el aseo si fuese necesario. Indicarle la importancia del aseo de las manos.
- Ayudarle a volver a la cama/sillón.
- Asegurarse que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

OBSERVACIONES:

- Observar la existencia de contraindicación médica.
- Identificar grados de dificultad en la capacidad de movilidad.
- Evalúe la amplitud de los movimientos mientras el paciente se halla en la cama, luego cuando se sienta en la cama y posteriormente cuando se levante, a partir de aquí determinaremos qué ayuda necesita para la deambulación.
- Comunique al enfermero/a los resultados del procedimiento y cualquier incidencia.

REGISTROS:

- El enfermero/a registrará cualquier incidencia en la hoja de observaciones de enfermería.

ADMINISTRACION DE ENEMA

CÓDIGO: 4.020

DESCRIPCIÓN:

Es el procedimiento por el que se introduce un líquido en el colon a través del recto.

OBJETIVO:

- Producir una evacuación del contenido del tracto intestinal o para administrar algún medicamento.

RECURSOS HUMANOS:

- Una Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Bata.
- Sonda rectal, recipiente con tubo irrigador o enema preparado, pinza de cierre, conexión para tubo y sonda, o equipo completo desechable.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Bandeja.
- Empapadera.
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Soporte de gotero.
- Bolsa de plástico para desechos.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elija el calibre adecuado de la sonda rectal (si no usa el equipo completo, donde este es estándar).
- Elija los guantes adecuados.
- Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.
- Coloque todo el material descrito en la bandeja y transpórtelo a la habitación del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y la rodilla.
- Coloque al paciente en decúbito lateral con ambas piernas flexionadas.

EJECUCIÓN:

- Conecte el recipiente con el tubo irrigador a la sonda recta (si no usa el equipo completo desechable).
- Cuelgue el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm. por encima del recto.
- Expulse el aire que contenga el tubo y la sonda.
- Introduzca la sonda en el recto unos 5 o 10 cm, previamente lubricada, y muy suavemente.
- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Despince el tubo y haga fluir el líquido lentamente. Regule la velocidad del flujo según la tolerancia del paciente.
- Indique al paciente que retenga el líquido de 10 a 15 minutos.
- Una vez terminada la administración del enema cierre el tubo y retire suavemente la sonda, desechándola en la bolsa de plástico.
- En pacientes encamados, colóqueles la cuña, póngales a su alcance el papel higiénico y el timbre de llamada. Si fuera necesario permanezca junto al paciente.
- Advierta que no tire de la cisterna hasta que hayamos evaluado las deposiciones.

Una vez realizado el procedimiento:

- Limpie y seque al paciente ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.
- Retire el equipo de la habitación.
- Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Comunique al enfermero/a los resultados del procedimiento, indicándole la hora, tipo, cantidad de enema, resultado y aspecto de la evacuación así como las reacciones del paciente.

REGISTROS:

- Registrar realización del proceso e incidencias del mismo.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

CÓDIGO: 4.030

DESCRIPCION:

Es el procedimiento por el cual se introduce un líquido en el Colon a través del estoma intestinal.

OBJETIVO:

- Producir una evacuación del contenido del colon.
- Administrar algún medicamento.
- Facilitar la limpieza intestinal.
- Controlar el olor.
- Controlar el hábito intestinal.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Bata.
- Equipo de irrigación.
- Bolsa de drenaje abierta.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas,
- Batea.
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Portasueros o soporte.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Esparadrapo hipoalérgico.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.
- Coloque todo el material descrito en la bandeja y llévelo a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque al paciente sentado, bien en la cama o en el inodoro.
- Proteja la cama con la empapadera.

Ejecución:

- Retire la bolsa de drenaje o tapón del estoma.
- Cuelgue el equipo de irrigación en el soporte.
- Expulse el aire que contenga el tubo y el cono.
- Pince el tubo.
- Coloque la bolsa de drenaje abierta en el estoma.
- Introduzca un dedo enguantado y lubricado en el estoma, si es el primer enema que se le administra al paciente, para determinar en que dirección introducir el cono.
- Lubrique e introduzca el cono a través de la abertura superior de la bolsa en el estoma muy suavemente y sin forzar. El cono se sujeta sobre el estoma presionando suavemente.
- Coloque el extremo inferior de la bolsa de drenaje en la cuña.
- Abra la válvula reguladora y haga fluir el líquido lentamente.
- Regule la velocidad del flujo según tolerancia del paciente.
- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Una vez terminada la administración, cierre la válvula reguladora.
- Retire el cono del estoma y cierre la abertura superior de la bolsa.
- Cierre la abertura inferior de la bolsa mediante el clip, después de la salida inicial de líquido y heces que será en un tiempo aproximado de 15-20 minutos.
- Espere aproximadamente una hora y retire la bolsa de drenaje, observando color, consistencia y volumen de lo drenado.
- Limpie y seque el estoma y la piel observando su aspecto.
- Coloque el tapón o gasas o bolsa de drenaje según las necesidades del paciente.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Limpie y seque al paciente ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.

Puesta en orden:

- Retire el equipo de la habitación.
- Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción médica.
- Adminístrelo después de las comidas.
- Adminístrelo lentamente y a una presión no excesiva.
- Evite lesionar el estoma y/o mucosa del Colon.
- Detenga el procedimiento si hay dolor, náuseas, mareos o calambres.
- Compruebe la temperatura del líquido.
- Si lo que desea es una regulación del hábito intestinal, administre el enema a la misma hora cada 24/48 horas.
- Evite introducir aire en el Colon porque impide el retorno de las heces y favorece la distensión abdominal.
- Instruya al paciente para que se de masajes en el abdomen inferior y alrededor del estoma para facilitar la evacuación.

REGISTROS:

Registrar la realización del procedimiento y las incidencias del mismo.

CUIDADOS DEL ESTOMA INTESTINAL

CODIGO: 4.040

DESCRIPCION:

Todas las acciones que se realizan para cuidar el afloramiento a piel de un segmento de intestino, tanto delgado como grueso que mediante cirugía, se practica a algunos pacientes para resolver determinados problemas. Cualquiera que sea el tipo de ostomía, el control voluntario de la evacuación de los residuos no es posible, por tanto será necesario llevar un dispositivo para su recogida.

OBJETIVO:

- Valoración y protección del estoma, permitiendo que éste cumpla su función excretora.
- Adecuación de unos materiales que personalicen la técnica y la incentivación, en cada momento, del autocuidado.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Suero fisiológico para irrigación,
- Jabón neutro.
- Bolsas y placas adhesivas.
- Medidor de estoma. Gasas.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Solución antiséptica.

TECNICA DE EJECUCION:

Preparación del paciente:

- Se coloca al paciente en decúbito supino, con la cama elevada para que el paciente vea la técnica, se familiarice con ella y perciba su estoma.

Procedimiento:

- Las primeras curas deben ser lo más asépticas posibles. Más tarde cuando el estoma cicatrice a la pared abdominal y concrete su flora bacteriana, las curas serán con agua, jabones neutros y materiales desinfectados.
- Inspeccionaremos qué tipo de bolsa presenta el paciente, si la placa adhesiva está en perfecto estado y si se circunscribe perfectamente al estoma para una posible reutilización.

Valoraremos el estoma:

- Debe ser de color rojo vinoso, no debe presentar esfacelos ni signos de isquemia. Un buen signo de salud del estoma es la presencia de moco mezclado con las heces.
- Irrigaremos el estoma con suero fisiológico. Lo secaremos con gasas.
- Pincelaremos con solución antiséptica los puntos de sutura retirando y secando luego dicho antiséptico.
- Mediremos el estoma para tener referencias de su tamaño y forma para adaptarle las placas adhesivas.
- Es aconsejable el uso de sistemas dobles, placa adhesiva y bolsa por separado, con lo cual evitamos el despegar constantemente el sistema para vaciar la bolsa.

Una vez realizado el procedimiento:

- Verifique que el paciente ha captado el sentido de los cuidados que se le prestan.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

Es muy importante evitar las irritaciones de la piel circundante al estoma, para ello:

- Ajustar perfectamente la placa adhesiva al estoma, para evitar que entren en contacto la piel con las heces, sobre todo en ileostomías, donde éstas son mas líquidas e irritantes.
- Evitar los arrancamientos sucesivos de los dispositivos colectores, despegar siempre con sumo cuidado del borde superior al inferior, sujetando con la mano la piel de abdomen.
- Usar películas protectoras.
- Usar dispositivos de doble sistema.
- No seque la piel con secador u otro método similar.
- Si hay vello alrededor del estoma, córtelo con una tijera, nunca con maquinilla.
- Advertir reacciones alérgicas a los adhesivos y si aparecen cambiar el sistema colector.
- Es aconsejable realizar una educación sanitaria adecuada en cuanto a lo que se refiere a una alimentación correcta, para evitar gases, malos olores, etc., pero sin dejar de ser lo suficientemente rica y variada.
- El paciente debe hacerse responsable, una vez instruido, del cuidado de su estoma con una técnica efectiva que se asemeje a los cuidados en su aseo personal,

REGISTROS:

- Registrar la realización de proceso y las incidencias del mismo.

CUIDADOS DEL ESTOMA URINARIO

CODIGO: 4.050

DESCRIPCION:

Todas las acciones que se realizan para cuidar el afloramiento a piel de un segmento de los uréteres que mediante cirugía se han derivado a abdomen, el cual colecciona la orina que llega por ellos. Esta orina es recogida en el exterior (pared del abdomen) por bolsas de urostomías, las cuales son adhesivas, hipoalérgicas y se circunscriben al estoma.

OBJETIVO:

- La valoración y protección del estoma, permitiendo que éste cumpla su función excretora.
- La adecuación de unos materiales que personalicen la técnica y la incentiación, en cada momento, del autocuidado.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Suero fisiológico para irrigación.
- Jabón neutro.
- Pasta anhídrida.
- Bolsas y placas adhesivas.
- Medidor de estoma.
- Gasas.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Solución antiséptica.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

- Se colocará al paciente en decúbito con la cama elevada para que el paciente vea la técnica, se familiarice con ella y perciba su estoma.

Procedimiento:

- Las primeras curas deben ser lo más asépticas posibles. Más tarde cuando el estoma cicatrice a la pared abdominal y concrete su flora bacteriana, las curas serán con agua, jabones neutros y materiales desinfectados.

- Inspeccionaremos que tipo de bolsa presenta el paciente, si la placa adhesiva está en perfecto estado y si se circunscribe perfectamente al estoma para una posible reutilización

Valoraremos el estoma:

- Debe ser de color rojo vinoso, no debe presentar esfácenos ni signos de isquemia. Un buen signo de salud del estoma es la presencia de moco mezclado con la orina.
- Irrigaremos el estoma con suero fisiológico. Lo secaremos con gasa.
- Pincelaremos con solución antiséptica los puntos de sutura retirando y secando luego dicho antiséptico,
- Mediremos el estoma para tener referencias de su tamaño y forma para adaptarle las placas adhesivas.
- Es aconsejable en las primeras curas utilizar bolsas con grifo y sistema de fácil acceso al estoma para las frecuentes valoraciones.

Una vez realizado el procedimiento:

- Verifique que el paciente ha captado el sentido de los cuidados que se le prestan.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Cuando la piel alrededor del estoma está muy irritada dificultando la adhesión de la placa, se debe utilizar pasta anhidrida que rodee el estoma impidiendo fugas de orina y permitiendo la regeneración de la piel.
- El paciente debe hacerse responsable, una vez instruido, del cuidado de su estoma con una técnica efectiva que se asemeje a los cuidados en su aseo personal.

REGISTROS:

- Registrar la realización de proceso y las incidencias del mismo.

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA

CÓDIGO: 4.060

DESCRIPCION:

Es el procedimiento mediante el cual se prestan cuidados de enfermería a pacientes con incontinencia fecal o urinaria.

OBJETIVO:

- Mantener a los pacientes incontinentes en las mejores condiciones higiénicas posibles.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y/o Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Pañal desechable.
- Colectores de orina y bolsas recolectoras.
- Guantes.
- Material necesario para la higiene del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Dependiendo del tipo de incontinencia y sexo del paciente se necesitaran materiales y técnicas distintas.
- Si la incontinencia es fecal usaremos pañales desechables en ambos sexos, pero si la incontinencia es urinaria, usaremos colectores en el hombre y pañales en la mujer.

Preparación del material:

- Elija el modelo adecuado de pañal o colector.
- Elija los guantes adecuados.
- Coloque este material, junto con el necesario para lavar al paciente, en una bandeja y transpórtelo a la habitación.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Desvista al paciente.
- Si el paciente se puede mantener de pie, se lavará en la ducha y se le colocará el pañal o colector allí mismo, si esto no es posible, se colocará el paciente sobre la cama en decúbito supino y aquí se lavará y se le colocará el pañal o colector.

Ejecución:

Una vez lavado el paciente:

- Aplicación de crema hidratante en pliegues y zona genital.
- Colocación de pañal desechable o colector externo de orina (estos pueden ser totalmente adhesivos en su interior o que se fijen por medio de una cinta adhesiva, usaremos el más adecuado a cada paciente. A este colector acoplaremos una bolsa recolectora).
- Vista adecuadamente al paciente.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda.
- Ordene o cambie la ropa de la cama, si es necesario.
- El pañal, colector o bolsa recolectora se cambiarán tantas veces como sea necesario.

OBSERVACIONES:

- Es necesario un control exhaustivo de estos pacientes, sobre todo cuando presentan un bajo nivel de conciencia, para evitar irritaciones de la piel de esta zona.

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento registrará:

- Hora de colocación del pañal o colector.
- Modelo y calibre del colector.
- Motivo del procedimiento.
- Aspecto y cantidad de la orina o heces evacuadas.

FACILITAR BOTELLA ORINAL

CÓDIGO: 4.070

DESCRIPCION:

Es la acción de colocar o suministrar una botella orinal a un paciente.

OBJETIVO:

- Auxilio del paciente en el proceso de eliminación de orina.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Botella orinal.
- Guantes.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Jabón.
- Toalla.
- Esponjilla para lavado.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN

Preparación del material:

- Elección de botella orinal.
- Identifique la botella con el nombre y el número de cama del paciente.
- Transporte la botella a la habitación del paciente.

Preparación del paciente.

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y las rodillas.

Ejecución:

- Para el paciente que no puede ayudar en la colocación del orinal, hágalo por él.
- Ponga el orinal en su posición, con exposición mínima.
- Informe al paciente que el orinal está en su sitio.
- Ayúdelo sosteniendo el orinal si es necesario.
- Conserve al paciente cubierto y evite la exposición.

- Si ha dejado solo al paciente, ponga el botón de llamada a su alcance y acuda con prontitud
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca en caso de que necesite ayuda.
- Permita al paciente limpiarse por si mismo, ofreciéndole agua, jabón, toalla, para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona.
- Nos aseguraremos que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

Puesta en orden:

- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Indicación médica de reposo en cama.
- Valórese el grado de movilidad del paciente.
- Evaluar el estado de la piel .
- Observar las características de la orina y comunique al enfermero/a cualquier incidencia.

REGISTROS:

- Registrar el procedimiento e incidencias ocurridas durante la realización del mismo.

FACILITAR LA CUÑA

CÓDIGO: 4.080

DESCRIPCION:

Es la acción de colocar o suministrar una cuña a un paciente.

OBJETIVO:

- Auxilio del paciente en el proceso de eliminación, tanto urinaria como rectal.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Guantes.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Jabón.
- Toalla.
- Esponjilla para lavado.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elección de cuña.
- Identifique la cuña con el nombre y número de cama del paciente.
- Transporte la cuña a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y las rodillas.

Ejecución

- Si el paciente ayuda en la colocación de la cuña, pídale que se coloque en decúbito supino con las rodillas flexionadas y apoyando ambos talones sobre la cama, que levante las caderas y colabore en la colocación apropiada. Se puede colocar almohadillado en la zona lumbosacra para mayor comodidad.

- Si el paciente está débil y necesita cierta ayuda, ayúdelo a quitarse el pijama o bata. Explíquelo la posición anterior, colabore con él y procure que descienda con suavidad sobre la cuña.
- Si el paciente no puede colaborar, haga girar al paciente en decúbito lateral, ponga la cuña contra las nalgas y sosténgala en su sitio a medida que la persona se da la vuelta, quedando sobre ésta.
- Ponga el botón de llamada al alcance del paciente y acuda con prontitud.
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca acentuando la vigilancia.
- Permita al paciente limpiarse por sí mismo, ofreciéndole agua, jabón y toalla para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona perianal/genital (en la mujer siempre limpiar el periné de delante hacia atrás).
- Nos aseguraremos que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

Puesta en orden:

- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Indicación médica de reposo en cama.
- Valórese el grado de movilidad del paciente.
- Evaluar el estado de la piel de nalgas y zona perianal.
- Observar las características de la deposición u orina y comunique al enfermero/a cualquier incidencia.

REGISTROS:

- Registrar el procedimiento y cualquier incidencia ocurrida durante la realización del mismo.

CONTROL DE LA DIURESIS

CÓDIGO: 4.090

DESCRIPCION:

Controlar la cantidad de orina eliminada en un tiempo determinado.
Observar las características de la misma.

OBJETIVO:

- Realizar balance hídrico.
- Detectar alteraciones en la eliminación de orina.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables.
- Cuña o botella.
- Bote de plástico graduado de 2 litros de capacidad.
- Hoja de control de diuresis.

TECNICA DE EJECUCION:

- Informe al paciente de que no miccione en el W.C.
- Recoja la orina y viértala en el bote graduado.
- Realice la medición.
- Deseche el contenido.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y paciente estén informados.

REGISTROS:

- Registre la cantidad y las características de la orina.

SONDAJE VESICAL MASCULINO

CODIGO: 4.100

DESCRIPCION

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga urinaria.

OBJETIVO:

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Controlar la diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Cuantificar el volumen de orina residual.
- Prevenir la distensión de la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- Permitir la cicatrización de las vías urinarias.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Jeringa de 10 ml con agua.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.

- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
- Lubrique la sonda.
- Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante, retrotraer el prepucio y ejercer una suave tracción para enderezar la uretra.
- Coger la sonda con la otra mano, no contaminada, e introducirla por el meato urinario.
- Cuando se hayan introducido unos 6-8 cm de sonda, colocar el pene en posición horizontal para favorecer el paso de la sonda por la uretra prostática.
- No forzar nunca la inserción si no se puede superar la obstrucción haciéndola girar suavemente.
- Una vez que empiece a fluir la orina, introducir la sonda 2-3 cm más e hinchar lentamente el balón de la sonda tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
- Conéctela a la bolsa recolectora y coloque el prepucio de nuevo en su lugar.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad del paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- Una sonda permanente deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días; aunque existen sondas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
- En un paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc., pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc. más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo.
- Higiene meticulosa de los genitales del paciente y de la sonda al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.
- Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad y se limpiará y secará el meato urinario,

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se registrará:

- Fecha y Hora de colocación de la sonda.
- Calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

SONDAJE VESICAL FEMENINO

CÓDIGO: 4110

DESCRIPCION:

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga urinaria.

OBJETIVO:

- Facilitar la evacuación de la vejiga urinaria.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Controlar la diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Cuantificar el volumen de orina residual.
- Prevenir la distensión de la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- Permitir la cicatrización de las vías urinarias.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Jeringa de 10 ml. con agua destilada.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar a la paciente para mantener su intimidad.
- Colocar a la paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.

- Póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
- Lubrique la sonda.
- Separar los labios de la vulva de la paciente. Esto permitirá visualizar el meato uretral
- La mano que ha separado los labios se considera contaminada y no debe utilizarse para introducir la sonda.
- Introducir la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.
- Si se introduce la sonda en vagina, se desechará, se desinfectará de nuevo la zona y se usará otra sonda.
- Mantener la sonda sujeta cuando empiece a fluir la orina.
- Introducir la sonda 2-3 cm más e hinchar lentamente el balón, tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
- Conectar la sonda a la bolsa recolectora de orina, si no lo hizo con anterioridad.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar a la paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad de la paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- Una sonda a permanencia deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días; aunque existen sonadas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
- En una paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo,
- Higiene meticulosa de los genitales del paciente y de la sonda al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.
- Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad. Limpiar y secar el meato urinario.

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se anotará en la hoja de enfermería y se firmará por el responsable:

- Fecha y Hora de colocación de la sonda.
- Calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.