



**ESPE**  
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL  
HOSPITALARIA**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TEMA: PROCEDIMIENTOS GENERALES EN BASE A  
ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DE  
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”**

**AUTORA: VALERIA PATRICIA YÉPEZ PALACIOS**

**DIRECTORA: BILMA LÓPEZ MAYORGA**

**SANGOLQUÍ**

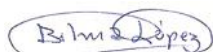
**2015**

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS**  
**Y DE COMERCIO**

**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR**

CERTIFICO, que el trabajo titulado: “Procedimientos Generales en base a Estándares de Calidad para la Gestión de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, elaborado por la Licenciada Yépez Palacios Valeria Patricia ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la ESPE, en el Reglamento de Estudiantes de la Universidad de las Fuerzas Armadas. Los Procedimientos de Enfermería precisan ser actualizados periódicamente conforme a normas de calidad, para mejorar la Gestión de Enfermería de los Profesionales Enfermeros. El presente trabajo se realizó en el Hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito, institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel, el mencionado trabajo consta de un documento empastado y un CD con la información en formato acrobat (tipo PDF).

Sangolquí, Marzo de 2015



Lic. Bilma López Mayorga-MGs

**DIRECTORA**

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS**  
**Y DE COMERCIO**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Valeria Patricia Yépez Palacios

DECLARO que:

El proyecto de grado denominado: “Procedimientos Generales en base a Estándares de Calidad para la Gestión de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía; consecuentemente este trabajo es de mi autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, Marzo del 2015



---

Valeria Patricia Yépez Palacios

ESTUDIANTE MAGH

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS**  
**Y DE COMERCIO**

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**

Yo Valeria Patricia Yépez Palacios.

Autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas la publicación en la biblioteca virtual de la Institución del trabajo: “Procedimientos Generales en base a Estándares de Calidad para la Gestión de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, Marzo del 2015



---

Valeria Patricia Yépez Palacios  
ESTUDIANTE MAGH

## **DEDICATORIA**

Mi trabajo de Tesis está dedicado al Dios de los milagros que sustenta mi vida. A mi amado esposo Gregory por su paciencia y apoyo desde siempre. A mis hijos Esteban y Mikel que con su presencia llenan de color mi vida. A mis padres que soñaron con sus hijos graduados y a mi Abue que vive cada día como si fuera el último. Y a todas las personas que conocí durante este proceso y de las que tengo tantos lindos recuerdos.

**Lic. Valeria Yépez**

## AGRADECIMIENTO

La presente Tesis ha sido realizada con la esperanza de mirar un sueño cumplido. Así como en el tren de la vida, ha transcurrido el tiempo y Dios ha permitido que a mi lado caminen personas que tienen un lugar muy especial en mi corazón.

Expreso mi agradecimiento a la Economista Rosa López, Coordinadora de la Maestría en Administración Gerencial Hospitalaria, porque siempre creyó en mi esfuerzo y por su permanente apoyo durante todo el proceso de la Maestría.

A mi Directora de Tesis, Licenciada Bilma López por su esmerado esfuerzo en las revisiones y sugerencias para que esta investigación cumpla con los objetivos propuestos. Muchas gracias porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de esta investigación.

Agradezco a mis compañeras Enfermeras que durante toda mi vida profesional han confirmado mi convicción de que aún hay mucho que hacer en nuestra bella profesión. Su ejemplo y cariño los llevaré por siempre en mi corazón.

**Lic. Valeria Yépez**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA</b>	ii
<b>DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD</b>	iii
<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN</b>	iv
<b>DEDICATORIA</b>	v
<b>AGRADECIMIENTO</b>	vi
<b>INDICE</b>	vii
<b>RESUMEN</b>	xi
<b>ABSTRACT</b>	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xiii
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1 Problema	1
1.2 Justificación e Importancia	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Interrogante	3
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
<b>2.1 Marco Legal</b>	4
2.1.1 Constitución de la República del Ecuador	4
2.1.2 Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017	7
2.1.3 Ley de Seguridad Social	8
2.1.4 Resolución 468 IEES	8
2.1.5 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	9
2.1.6 Ley de Derechos y Amparo al Paciente	10
2.1.7 Comité Nacional de Bioética del Ecuador	11
<b>2.2 Marco Teórico</b>	
2.2.1 Procedimientos de Enfermería	12
2.2.2 La Seguridad del Paciente	14
2.2.3 Estándares de Calidad	14
2.2.3.1 Reseña Histórica	16
2.2.3.2 Organización Internacional de Estandarización (ISO)	17

2.2.3.3 Joint Comission International	17
2.2.3.4 Fundación Europea para la Gestión de Calidad	18
2.2.3.4 Acrediatation Canada International	19
2.2.4 Indicadores de la Atención de Enfermería	19
2.2.5 Gestión de Enfermería	21
<b>2.3 Marco Conceptual</b>	24
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Métodos e Instrumentos de Investigación	28
3.1.1 Método de Investigación	28
3.1.2 Instrumentos de Investigación	28
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA</b>	
Manual de Procedimientos Generales de Enfermería	30
Presentación	30
<b>4.1. Procedimientos: Guías de Atención al Usuario</b>	
4.1.1 Ingreso del usuario a Triage de Urgencias	32
4.1.2 Ingreso del usuario a Hospitalización	36
4.1.3 Transferencia Intrahospitalaria	38
4.1.4 Traslado del usuario a pruebas complementarias	40
4.1.5 Derivación del usuario a otra unidad de salud	42
4.1.6 Alta del usuario	44
4.1.7 Entrega y Recepción de Turno de Enfermería	46
4.1.8 Revisión del Coche de Paro	48
4.1.9 Preparación y Limpieza del Coche de Curaciones	50
<b>4.2. Procedimientos relacionados con Oxigenoterapia</b>	
4.2.1 Administración de Oxígeno por bigotera	52
4.2.2 Administración de Oxígeno por mascarilla	54
4.2.3 Administración de Oxígeno al usuario con traqueostomía	56
4.2.4 Nebulizaciones	58
4.2.5 Procedimiento de Aspiración de Secreciones por Orofaringe	60
4.2.6 Procedimiento de Aspiración de Secreciones por Traqueostomía	63



<b>4.3. Procedimientos relacionados con la Alimentación</b>	
4.3.1 Alimentación Enteral por Nutritubo	66
4.3.2 Alimentación Enteral por Gastrostomía	69
4.3.3 Procedimiento de Enfermería para administración de NPT	71
<b>4.4. Procedimientos relacionados con la Eliminación</b>	
4.4.1 Medición de Diuresis	74
4.4.2 Procedimiento para la aplicación de enemas evacuantes	77
4.4.3 Procedimiento para la colocación de catéter uretral	80
4.4.4 Irrigación Vesical	83
<b>4.5. Procedimientos relacionados con el confort del Usuario</b>	
4.5.1 Baño del usuario encamado	85
4.5.2 Aseo Perineal	88
4.5.3 Cambios de Posición al usuario encamado	90
4.5.4 Prevención de caídas en usuarios hospitalizados	92
4.5.5 Cuidados Post Mortem	96
<b>4.6. Procedimientos relacionados con la Prevención de Infecciones</b>	
4.6.1 Los 5 momentos para la Higiene de Manos	98
4.6.2 Higiene de Manos con Jabón Antibacterial	101
4.6.3 Colocación de Guantes de Manejo o Examen	104
4.6.4 Colocación de Guantes Quirúrgicos	106
4.6.5 Manejo de Material Estéril	108
4.6.6 Manejo de Equipos estériles grandes con doble cubierta	110
4.6.7 Manejo de Equipos estériles pequeños	111
4.6.8 Procedimiento para el manejo de soluciones	112
4.6.9 Higiene y Desinfección de la unidad del usuario	114
4.6.10 Desinfección Terminal	117
<b>4.7. Protocolos de Aislamiento</b>	
4.7.1 Aislamiento por Contacto	119
4.7.2 Aislamiento Respiratorio por microgotas y por aire	125
4.7.3 Procedimiento en usuarios con Aislamiento Protector	128
4.7.4 Procedimiento en usuarios con Aislamiento por Yodoterapia	130
<b>4.8. Manejo de Desechos Hospitalarios</b>	

4.8.6.1 Manejo de Desechos Generales o Comunes	134
4.8.6.2 Manejo de Desechos Infecciosos Hospitalarios	135
4.8.6.3 Manejo de Desechos Cortopunzantes	137
4.8.6.4 Manejo de Desechos Especiales	139
<b>4.9. Procedimientos relacionados con el cuidado de Catéteres Intravasculares y Drenajes</b>	
4.9.1 Canalización de Vía Periférica	141
4.9.2 Curación de Catéter Venoso Central	145
4.9.3 Cuidados y Mantenimiento de accesos venosos de larga duración	147
4.9.4 Cuidados y Mantenimiento de catéter de Hemodiálisis	150
4.9.5 Manejo de Drenajes	153
<b>CAPÍTULO V</b>	
5.1 Conclusiones	155
5.2 Recomendaciones	156
<b>Bibliografía</b>	

## **RESUMEN**

La Gestión de Enfermería Hospitalaria demanda una gran responsabilidad, motivación profesional y planificación de la atención al usuario de acuerdo a Estándares de calidad. Durante la práctica asistencial, el profesional de Enfermería tiene la responsabilidad de brindar cuidados al usuario basados en principios científicos y que a la vez tengan como característica la calidad, calidez y seguridad. Los Procedimientos clínicos contienen una secuencia detallada de acciones que se han de llevar a cabo en los usuarios con la finalidad de estandarizar la atención. Por esta razón, los Procedimientos tienen un carácter normativo constituyéndose en sí mismos un respaldo legal para el desempeño diario del Enfermero. Los Procedimientos de Enfermería actualizados constituyen un instrumento que permite al profesional de Enfermeros, vincular la teoría con la práctica asistencial ya que están sustentados científicamente y pueden ser consultados en todo momento por los profesionales. Esta actualización debe realizarse periódicamente ya que la Enfermería es una ciencia que camina de la mano de los grandes descubrimientos científicos y avances en Medicina, convirtiéndose en un proceso altamente dinámico. El presente documento es una actualización de los Procedimientos Generales para la Gestión de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, en base a Estándares de calidad cuyo objetivo es el de mejorar la atención al usuario. Se trata de un estudio descriptivo y documental de procedimientos de Enfermería tanto de la institución como de otros países en sitios web. Los Estándares de atención que se revisarán tendrán como referencia los promulgados por la Organización Mundial de la Salud.

## **PALABRAS CLAVE**

- **ESTÁNDARES**
- **CALIDAD**

▪ **GESTIÓN DE ENFERMERÍA**  
**ABSTRACT**

Hospital Nursing Management demands a great responsibility professional motivation and planning customer care according to quality standards. In clinical practice, nursing professionals have the responsibility of providing care to the user based on scientific principles with characteristic quality, warmth and secure. Clinical Procedures contain a detailed sequence of actions to be carried out on users in order to standardize care. For this reason, procedures have a normative character, constituting itself a legal support to the daily performance of the Nurse. Nursing Procedures updated constitute an instrument which allows professional nurses link theory with clinical practice as they are scientifically supported and can be consulted at any time. This update should be performed periodically as Nursing is a science that goes hand in hand with great scientific discoveries and advances in medicine, becoming a highly dynamic process. This document is an update to General Procedures for Management Hospital Nursing “Carlos Andrade Marin”, based on quality standards whose aim is to improve customer service. This is a descriptive study of and documentary Nursing procedures from institution and other countries websites. Standards of care will be reviewed by reference those promulgated by the world Health Organization.

**KEY WORDS**

- **STANDARS**
- **QUALITY**
- **NURSING MANAGEMENT**

## PROCEDIMIENTOS GENERALES EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”

La Organización Mundial de la Salud alianza los criterios de calidad para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros. Los Procedimientos Generales determinan acciones a ser ejecutadas por el personal de Enfermería como una guía claramente definida que a la vez permita unificar criterios en el desempeño laboral evitando confusión, aumentando la productividad y optimizando los recursos para contribuir así al logro de la Visión y Misión institucional. De la misma manera se hará especial énfasis en la Seguridad del Paciente como un componente clave de la calidad asistencial.

El enfoque gerencial de los sistemas de salud propone una mayor productividad y calidad en los servicios prestados. Este proceso ha originado que frecuentemente se utilice el término usuario como sustituto de “Paciente”. La OMS propone que se utilice “paciente” o “usuario”, el término que se entienda mejor. (OMS, 2010) En el presente documento se utilizará la palabra usuario cuando el texto se refiera al paciente.

La Gestión de Enfermería a nivel hospitalario constituye un reto constante en Administración, ya que sus competencias demandan gran responsabilidad y preparación profesional. A través de la Gestión, se integra el conocimiento, la experiencia y el liderazgo para brindar una atención con calidad, calidez y seguridad, que es la esencia de la Enfermería.

## **CAPÍTULO I**

### **1. GENERALIDADES**

#### **1.1. PROBLEMA**

##### **1.1.1. Desarrollo del Problema**

El cuidado de Enfermería enfrenta nuevos retos relacionados a calidad de atención al paciente dentro de los ámbitos médicos, éticos y legales. Por esta razón, los Procedimientos Generales de Enfermería en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, deben ser actualizados en base a Estándares para mejorar la Gestión del personal de Enfermeras/os en la institución.

El Manual de Procedimientos que reposa en la Coordinación General de Enfermería del HCAM data del año 2008. Durante el tiempo transcurrido, los avances en medicina, innovación tecnológica y enfermería basada en evidencia, han cambiado algunas directrices que necesitan ser plasmadas en un documento que despierte el interés del personal y guíe su desempeño en búsqueda de una atención con calidad, calidez y seguridad.

Conceptualizando la administración del cuidado, la calidad adquiere una importancia relevante. Al Estandarizar los Procedimientos, estamos no sólo documentando sino formalizando los procesos, con la finalidad de establecer los niveles de calidad de la institución.

##### **1.1.2. Planteamiento del Problema**

Los Procedimientos Generales de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, deben ser actualizados en base a Estándares de calidad, lo cual mejorará la Gestión del personal de Enfermeras/os de la institución.

### **1.1.3. Formulación del Problema**

La falta de actualización de los Procedimientos Generales de Enfermería basados en Estándares de calidad, limita la Gestión de Enfermería en el Hospital “Carlos Andrade Marín”.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La Calidad de la atención en Enfermería debe integrar la Seguridad del Paciente como una prioridad en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aúna esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente con lo que se mejorará la calidad de los servicios de salud. Existen estudios que confirman que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos, razón por la cual es necesario establecer directrices y normas que contribuyan a disminuirlos. Por tal motivo la Seguridad del Paciente y la calidad están inmersas desde el ingreso a la unidad hospitalaria hasta su salida, siendo los Procedimientos de Enfermería el punto de partida para la evaluación y aplicación de normas.

La presentación del presente trabajo de Tesis tiene como objetivo la actualización de los Procedimientos Generales de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito en base a Estándares de calidad. En la actualidad, el marco jurídico del ejercicio profesional de la Enfermera en el Ecuador, urge la estandarización de los cuidados al paciente. La publicación del Código Orgánico Integral Penal del 10 de febrero de 2014, incluye artículos en los cuales la práctica y ejercicio de los profesionales de salud puede ser penalizada. Por otro lado, la *Resolución 468* del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, determina que la Coordinación General de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín” es un Órgano de Gestión dentro de la Gerencia General, con funciones y atribuciones de alto grado de complejidad y responsabilidad.

Se justifica la realización de este trabajo de Tesis en razón del avance tecnológico y la constante renovación del conocimiento científico, que exige que el

personal de Enfermería disponga de un Manual de Procedimientos Generales que le permita gestionar el cuidado del usuario dentro de un proceso sistematizado y actualizado. En tal razón es de vital importancia la actualización de guías de apoyo no sólo para la praxis, sino un sustento legal para el personal de Enfermeras/os que laboran en la institución, así como para el personal de nuevo ingreso.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Actualizar los Procedimientos Generales de Enfermería en base a Estándares de Calidad para mejorar la Gestión del personal de Enfermeras/os en el Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar el Diagnóstico Situacional actual de los Procedimientos de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”.
- Relacionar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente con los Procedimientos Generales de Enfermería.
- Elaborar una propuesta de Procedimientos Generales de Enfermería con base en los Estándares seleccionados.

### **1.4. INTERROGANTE**

La actualización de los Procedimientos Generales de Enfermería en base a Estándares de Calidad, mejorará la eficiencia y eficacia en el desempeño del personal de Enfermeras/os del Hospital “Carlos Andrade Marín”.



## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. MARCO LEGAL

##### 2.1.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador aprobada el 20 de Octubre del año 2008 por la Asamblea Nacional Constituyente en Montecristi, Manabí, es la carta magna vigente de nuestro país. La Constitución se compone de 444 artículos y nueve Títulos.

En el Título II se detallan los derechos ciudadanos, entre los cuales se encuentra el siguiente relacionado a salud:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

**Art. 42.-** El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros

servicios sociales necesarios”. Por lo tanto la salud está dentro de un equipo multidisciplinario y a la vez complejo.

El Título VII que contempla el Régimen del Buen Vivir, en su Sección Segunda contiene artículos relacionados con la Salud. En el Artículo 358 se establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”; incluyendo conceptos como la promoción, prevención y atención integral del usuario en todos los niveles del sistema (Art. 359). Asimismo propiciará la participación ciudadana y el control social.

**“Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”

El Hospital “Carlos Andrade Marín” forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y es una entidad proveedora de servicios de salud al asegurado y público en general. Se encuentra dentro del Tercer Nivel de atención, es decir, hospital de Especialidades y de referencia nacional. Actualmente se encuentra en proceso de acreditación internacional con el objetivo de ubicarse como uno de los mejores centros asistenciales de salud de Latinoamérica.

El Estado ejerce la rectoría como autoridad sanitaria nacional; norma, regula y controla el funcionamiento de las entidades del sector salud (Art.361).

**“Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los usuarios.”

En este artículo se hace hincapié en que los servicios de salud se caracterizan por la universalidad y gratuidad en todos los procedimientos e incluyen atención integral, es decir, diagnóstico, tratamiento, medicación y rehabilitación de ser necesaria.

La responsabilidad del Estado en cuanto a salud es especificada en el Artículo 363 de la Constitución. Los siguientes literales están orientados al fortalecimiento del sistema mediante la promoción y prevención de la salud; sin embargo, aún existe debilidad en el sistema por cuanto la población tiende a la utilización de los servicios de salud con fines curativos.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

**Literal 1.-** Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

**Literal 2.-** Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

**Literal 3.-** Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

**Literal 5.-** Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

**Literal 8.-** Promover el desarrollo integral del personal de salud.

“**Art. 365.-** Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.”

Como podemos apreciar, la carta magna vigente garantiza la atención de salud a la población como asunto primordial. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador asume el reto con la planificación de programas que a largo plazo permitirán la evaluación de las metas alcanzadas.

### **2.1.2. Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017**

El 17 de febrero del año 2013, el Ecuador eligió un plan de gobierno enmarcado en la Constitución de la República reflejado en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Esta planificación le permite al Estado Ecuatoriano trazar las directrices que el país desea aplicar como su línea rectora y se encuentra en vigencia desde el año 2007 liderada por el Presidente Rafael Correa Delgado.

“La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014)

El Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, se define como ***Mejorar la calidad de vida de la población.*** Este objetivo demanda la consolidación de los logros alcanzados a nivel social mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales. Plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, promoviendo prácticas saludables que garanticen la salud de la población.

Las Políticas planteadas para la consecución del objetivo, se describen a continuación:

**3.1** Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

**3.2** Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

**3.3** Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Con las políticas planteadas se proyectan metas con el objetivo de reducir tasas de mortalidad, erradicar desnutrición infantil y mejorar las condiciones de vida en la población.

### **2.1.3. Ley de la Seguridad Social**

El Artículo 34 de la Constitución vigente de la República del Ecuador, enuncia que el derecho a la Seguridad Social es irrenunciable de todas las personas y es responsabilidad primordial del Estado. La Seguridad Social incluye, desde su creación, principios de solidaridad, eficiencia y equidad. Su ente rector es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que presta servicios al asegurado mediante el sistema de pensiones, préstamos y servicios de salud.

**“Art. 370.-** El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.”

El Artículo 115 de la Ley de Seguridad Social estipula que las Unidades médicas del IESS son empresas prestadoras de servicios de salud organizados por nivel de complejidad.

### **2.1.4. Resolución 468 IESS**

Mediante la Resolución 468 del 30 de mayo del 2014 se expide el Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las Unidades Médicas de Nivel III del IESS. En el Artículo 2 se definen las Unidades Médicas de III Nivel como “Unidades Médicas de mayor complejidad, de referencia zonal, que prestan atención de salud en hospitalización y ambulatoria en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, trasplantes, enfermería y auxiliares de diagnóstico de tratamiento.” (Resolución 468 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).

La Gerencia General es el órgano de gobierno de la Unidad Médica de Nivel III (Art.3). Dentro de las dependencias de la Gerencia General de la Unidad Médica se encuentran los Órganos de Gestión, y entre ellos la Coordinación General de Enfermería (Art. 4).

### **2.1.5. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud**

El 22 de noviembre del 2006 se publica en el Registro Oficial la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, conocida como ley 67. En el artículo No.2 se establece que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud se sujetarán a esta ley cuya autoridad y rectoría corresponde al Ministerio de Salud Pública (Art. 4).

Como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, el artículo 6, establece las siguientes:

- Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.
- Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación de enfermedades.

- Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes.

En el artículo 7 se recalca que toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a la salud. En este artículo se basa la Ley de Derechos y Amparo al Usuario.

### **2.1.6. Ley de Derechos y Amparo al Paciente**

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente fue promulgada el 3 de febrero de 1995 con el objetivo de garantizar la protección de la salud y los derechos de los usuarios. Su planteamiento se basa en el derecho que tiene el usuario a conocer en los servicios de salud, su diagnóstico, alternativas de tratamiento, en un ambiente de respeto, privacidad y confidencialidad.

Recalca el derecho a una atención digna (Art.2), misma que debe ser oportuna y digna. El personal de salud brindará sus cuidados con respeto, esmero y cortesía sin discriminación alguna por etnia, sexo, edad, religión o condición socio económica. (Art.3). Muy ligado al anterior, se plasma el artículo 4 con el derecho a la confidencialidad en todo procedimiento médico que se aplique.

El derecho a la información incluye no sólo la relacionada a su diagnóstico, tratamiento o pronóstico, sino también la explicación previa de los procedimientos que se le realicen durante su permanencia en los servicios de salud (Art.5). El usuario elegirá si acepta o declina el tratamiento médico conociendo previamente las consecuencias de su decisión.

El Amparo al usuario contempla situaciones de emergencia en las que la gravedad del usuario implique peligro para la conservación de la vida. Toda institución prestadora de servicios de salud (pública o privada) recibirá inmediatamente al usuario sin ningún tipo de pago previo para ser recibido, atendido

y estabilizado en su condición de salud (Art.7,8,9). (Ley de Derechos y Amparo al Paciente, 1995).

### **2.1.7. Comité Nacional de Bioética del Ecuador**

La Constitución de la República de Ecuador del año 2008, tiene como premisa la defensa de la vida y los derechos humanos. Por su parte, el Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, (Art. 341), y (Art. 358) dispone que el Sistema Nacional de Salud se guiará por los principios generales de bioética, interculturalidad, entre otros con enfoque de género y generacional.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, mediante Acuerdo Ministerial No. 2110, el 11 de octubre de 2012, crea el Comité Nacional de Bioética en Salud (CNBS) como un organismo asesor, cuyas decisiones se guiarán por los principios bioéticos adoptados universalmente: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. (UNESCO, 2012)

A la fecha, en el Registro Oficial No. 279 del 1º de julio del año 2014, se expide el Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS). El CEAS es un órgano de deliberación multidisciplinar al servicio tanto de profesionales como de usuarios del Sistema Nacional de Salud, creado para analizar y asesorar sobre cuestiones éticas que se susciten en la práctica asistencial.

En el Art. 24 se detallan las funciones del CEAS que consisten en asesoría en conflictos éticos, proponer a las instituciones de salud directrices en situaciones de mayor frecuencia o gravedad, impulsar la implementación de los formatos de Consentimiento Informado, fomentar el respeto a la dignidad de los pacientes, promover los valores y proteger los derechos de todos los implicados. (Registro Oficial, 2014)



## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Procedimientos de Enfermería**

Los Procedimientos de Enfermería constituyen una base que determina el compromiso que la profesional Enfermeras/os tiene al brindar cuidados al usuario. La Taxonomía Enfermeras define los procedimientos como “conjunto de instrucciones escritas donde se indican las etapas aprobadas y recomendadas para realizar un acto o una serie de actos”. (Taxonomía Enfermera, 2015)

Los Procedimientos se definen como planes que establecen un método habitual de realizar actividades siguiendo ciertos pasos predefinidos. Detallan en forma precisa el cómo se deben realizar las cosas desarrollando una guía de acción. Según Melinkoff (1990), por medio de los procedimientos se garantiza la disminución de errores dentro de un proceso laboral. El conjunto de procedimientos con el mismo fin se denomina sistema.

Los Procedimientos Generales de Enfermería constituyen una guía para la praxis de las Enfermeras/os ya que permiten unificar criterios, optimizar recursos y son una base para plantear procesos de control de calidad. Su característica principal es la fácil identificación y comprensión de la actividad a realizar en las diferentes etapas, y que facilite la realización de un trabajo de la manera más correcta y exitosa posible.

Uno de los principales objetivos de un procedimiento es el de garantizar el éxito de la acción a realizarse sobre todo si existe más de un involucrado en el proceso. La evolución profesional de la Enfermería siempre ha ido acompañada de avances tanto en el conocimiento como en la responsabilidad, es por esto que la utilización de guías y procedimientos se ha convertido en un instrumento imprescindible en la práctica profesional diaria. De esta manera se establecen las normas que regulan el ejercicio de la profesión describiendo qué, cómo y cuándo deben realizarse las actividades en los usuarios.

Como parte de las intervenciones de Enfermería, los procedimientos detallan en forma lógica y ordenada cada acción que se realizará en el usuario donde se especifican acciones concretas y la posible toma de decisiones. Su base científica debe ser sólida y actualizada con aportes bibliográficos que los fundamenten para asegurar la calidad científico-técnica. La propuesta de procedimientos servirá de instrumento y referencia para los profesionales Enfermeras/os. Cabe recalcar que todos los cuidados de Enfermería corresponden al campo de la responsabilidad de los Enfermeras/os, ya que las tareas realizadas por el personal Auxiliar de Enfermería están bajo la supervisión del personal de Enfermeras/os.

En Enfermería, los Manuales concentran sistemáticamente los elementos administrativos sugeridos para la consecución de un objetivo. Los Manuales garantizan que la conducta sea uniforme en actividades que así lo requieran, y son una fuente importante de consulta para el personal de Enfermeras/os. Los objetivos de los Manuales son:

- Unificar criterios para la realización de Procedimientos inherentes a la profesión.
- Establecer rutinas de trabajo.
- Permitir el aprovechamiento de los recursos.
- Facilitar la inducción y adaptación del personal de nuevo ingreso.
- Ser un medio de comunicación.
- Servir como un instrumento de supervisión y control.

Para la elaboración de los Manuales es importante recurrir a documentos legales y a personal tanto operativo y directivo que contribuyan al enriquecimiento de los Procedimientos basados en experiencias profesionales. La observación directa en el

trabajo es una herramienta que no puede dejarse de lado para que la información sea acorde con la realidad del hospital. Se utilizará la terminología correcta en su redacción.

Todo Manual que la Gestión de Enfermería hospitalaria requiera implementar, debe ser socializado con todos los involucrados para aclarar las dudas que el personal pueda tener. Igualmente, deben estar disponibles en formato físico o magnético.

### **2.2.2. La Seguridad del Paciente**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Seguridad de los Pacientes como “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria” (OMS, 2010), basada en un conjunto de efectos y evidencia científicamente probada, con el objeto de minimizar el riesgo de que un usuario sufra un Evento Adverso (EA) durante el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

A finales de la década de los 90, el Institute of Medicine (IOM) en los Estados Unidos, inició un proyecto denominado: “*Quality of Health Care in America*”, con el afán por mejorar la seguridad del paciente. El informe: “*Errar es Humano, Construyendo un sistema de salud seguro*”, examina los errores médicos en los Estados Unidos y hace un llamado para que los cuidados sanitarios sean más seguros para los pacientes. De igual forma en el Reino Unido la preocupación por la seguridad del paciente nace del informe publicado en el año 2000: “*An organization with memory*”, en la que se promovió una política de identificación y reducción de errores médicos mediante la notificación obligatoria de complicaciones derivadas de la atención de salud.

### **2.2.3. Estándares de Calidad**

Durante los últimos años, el sector Salud en el Ecuador ha tenido importantes transformaciones, entre ellas la conformación del Sistema Nacional de Salud cuyo

ente rector es el Ministerio de Salud Pública. En un sistema globalizado en el que la salud está siendo considerada como un servicio público ofertado en función del usuario, se hace necesaria la inclusión de criterios de calidad cuyo producto sea un usuario satisfecho. En la actualidad, las instituciones públicas de salud ya preparan su contingente en búsqueda de certificaciones internacionales que prueben la calidad de la atención y de sus procesos.

En el libro *Administración Hospitalaria* de Malagón, se considera que la evaluación de la calidad de la atención pasó de ser un aspecto sutil, casi imperceptible tanto para el personal de salud, como para el usuario, a constituirse en la razón de ser de las instituciones de salud. “La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable” (Gustavo Malagón, 2008). Esta evaluación es suficiente para generar información que permita tomar decisiones orientadas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios.

Cuando hablamos de criterios de calidad, es necesario hablar de Estándares. El Estándar es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, es decir, define rangos aceptables en un determinado proceso. Por lo tanto, los Estándares de Calidad determinan los niveles mínimos y máximos para un indicador. Cuando el valor del indicador se encuentra dentro del rango, significa que se cumple un criterio de calidad predefinido, de acuerdo a lo previsto. Por el contrario, si el indicador está por debajo del rango puede significar que no se cumple con el compromiso de calidad, o que la apuesta fue demasiado optimista. Un indicador ubicado sobre el rango de referencia, se tiene que redefinir el criterio pues significa desgaste de esfuerzo del proceso o inexperiencia. (Manuel García, 2003).

A nivel internacional existe la tendencia de crear estrategias que permitan garantizar la Seguridad del Paciente para evidenciar la calidad de la atención que se brinda y facilitar la creación de indicadores. En noviembre de 2003 se llevó a cabo una reunión de todas las Regiones de la OMS, para discutir el futuro de la

cooperación internacional en Seguridad del Paciente, durante la cual se propuso y aprobó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

El propósito de las Metas es promover mejoras específicas que mejoren la Seguridad en la atención de los usuarios. Los objetivos que destaca la OMS describen soluciones consensuadas basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos en el tema. Cuando hablamos de prestación de atención Médica y de Enfermería seguras, estamos reconociendo la importancia del concepto de Calidad.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son:

2. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
2. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
2. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
2. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociada con la atención médica.
2. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

#### **2.2.3.1. Reseña Histórica**

Florence Nightingale es la precursora de las medidas de efectividad en la atención sanitaria. En su obra “Notas sobre Enfermería” ya se vislumbra la importancia de que el cuidado de agentes externos contribuiría en la recuperación o

no de un enfermo. Posteriormente se implementa el concepto de Supervisión como un medio de control de la aplicación de los cuidados Enfermeras/os correctamente.

El concepto de Estándares se inició en 1973, año en que la American Nursing Association (ANA) publicó los primeros Estándares para la sistematización de los servicios de enfermería en hospitales y organismos sanitarios. Ese mismo año se publicaron una serie de Estándares para la práctica de Enfermería.

En Canadá, la Orden de Enfermeras/os de Québec, elaboró el Método de Valoración de la Calidad de los Cuidados Enfermeras/os. En Michigan, las Enfermeras/os de la University of Michigan generaron una serie de cuidados a usuarios, para cada una de las cinco necesidades de Dorothea Orem. Los Estándares de proceso-resultado desarrollados en Duke University Hospital, delimitan indicadores de atención a usuarios con diferentes diagnósticos.

#### **2.2.3.2. Organización Internacional de Estándarización (ISO)**

Actualmente existen muchas instituciones que se dedican a establecer Estándares. Una de las más conocidas es Organización Internacional de Estándarización (ISO), con sede en Ginebra. La ISO integra a los organismos nacionales de normas de la Comunidad Europea y de 91 países.

La ISO 9000 es una serie de cinco normas internacionales de calidad actualizada en 1994, cuyo cumplimiento indica que una empresa aplica los principios de las normas como base de su sistema de calidad. La ISO 9008 corresponde a: Guías para la administración de la calidad, elementos del sistema de calidad y empresas prestadoras de servicios. Las Normas Internacionales ISO garantizan que los productos y servicios sean seguros, fiables y de calidad. Para las empresas constituyen herramientas estratégicas que reducen los costos al minimizar errores, y existe un aumento de la productividad. (ISO, 2015)

#### **2.2.3.3. Joint Comission International**

La Joint Commission es a día de hoy la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo. Lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias. En la actualidad acredita cerca de 20.000 organizaciones a nivel mundial. La información y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios.

La Joint Commission International (JCI), nace en 1996 y tiene la finalidad de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional, por medio de la acreditación de los servicios en todo el mundo. Los Estándares a ser aplicados nacen del consenso de un grupo de expertos y líderes de opinión de los cinco continentes. El proceso de evaluación de la Joint Commission está diseñado para adaptarse a las características legales, religiosas y culturales de cada país.

La JCI trabaja en colaboración con hospitales, sistemas de salud gubernamentales y defensorías internacionales para promover la utilización de Estándares de atención que proporcionen soluciones para lograr un máximo rendimiento. (Joint Commission International, 2014). El enfoque de la Joint Commission es el de compartir con el mundo buenas prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los usuarios. Mantiene el respaldo de la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQua), en la evaluación para la acreditación y Estándares de atención hospitalaria a través de una mejora del proceso orientado a resultados.

#### **2.2.3.4. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad**

Cuando hablamos de la Fundación para la Gestión de la Calidad (EFQM por sus siglas en inglés), solemos referirnos a la fundación sin ánimo de lucro con sede en Bruselas y que en la actualidad cuenta con más de 500 socios en 55 países del mundo.

La Fundación para la Gestión de la Calidad, creada en la década de los 80 en la Unión Europea, define el modelo de Calidad y Excelencia como un sistema de autoevaluación de sus procesos con el objetivo de crear una mejora continua en entornos empresariales tanto privados como públicos. El llamado Premio Europeo a la Calidad, se basa en criterios de Excelencia Empresarial y se ha convertido en un objetivo a alcanzar para muchas empresas públicas de los países miembros.

A través de la autoevaluación el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente identificando los puntos fuertes y débiles aplicados a los diferentes ámbitos de la organización son el punto de partida para el proceso de mejora continua. (EFQM, 2012)

#### **2.2.3.5. Accreditation Canada International**

La Accreditation Canada International (ACI), es una Organización no Gubernamental que oferta programas internacionales para la acreditación de instituciones de salud. Esta acreditación implica que la institución posee procesos organizados y aplicados en seguridad del usuario, colaboración entre los miembros del equipo de salud, implementación de la calidad en los servicios, incremento de la credibilidad con el usuario interno y externo, entre otras.

En el Hospital “Carlos Andrade Marín” existen servicios que han aplicado y obtenido la certificación ISO: Cirugía General (Hospitalización), Gastroenterología y Laboratorio Clínico. Sin embargo, en la actualidad El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, está desarrollando un programa de acreditación con la Canadian Commission on Hospital Accreditation que trabaja especialmente con ministerios de salud. Esta acreditación es a nivel institucional y contempla los procesos de Enfermería así como de otros miembros del equipo de salud.

#### **2.2.4. Indicadores de la Atención de Enfermería**



La toma de decisiones tiene su base en la evidencia, ya que los hechos muestran las áreas susceptibles de mejora y aquellas que han de ser corregidas. Los indicadores son aquellos parámetros de medición que permiten evaluar la efectividad del proceso y el cumplimiento de las expectativas del usuario. Las características de los indicadores son: claridad en su diseño, alcanzables y de bajo costo.

Básicamente existen dos tipos de Indicadores: los que miden la eficiencia y los que miden la efectividad. La eficiencia mide el proceso mientras que la efectividad mide el resultado del proceso. La calidad técnica y profesional del equipo de salud debe operar en forma eficiente, es decir, aplicando la metodología y técnicas científicas en la prestación de los servicios. Esto se traduce en atención médica con efectos positivos al satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Cuando nos referimos al término “atención médica” se sobreentiende todo lo relacionado con la praxis de la Enfermería dentro del sistema Médico.

Para evaluar los indicadores de eficiencia se compara el nivel del cumplimiento de las expectativas del usuario y el indicador, por ejemplo, si el requerimiento es un servicio ininterrumpido, el Indicador de Eficiencia sería: Funcionar las 24 horas, los 365 días del año. En el caso de que lo requerido sea la aplicación de técnicas con habilidad y conocimiento, el usuario exige que la institución brinde atención certificada.

Los Indicadores de Efectividad miden el desempeño de los procesos, para lo cual requiere un nivel de mayor complejidad puesto que luego de definir los diversos procesos, se deben tomar en cuenta su relación e interdependencia en toda la organización. Como indicadores de proceso en Enfermería podemos citar: Incidencia de caídas de los usuarios, Incidencia de flebitis, Incidencia de Úlceras por Presión, Satisfacción del Paciente o usuario, Incidencia de obstrucción de Catéter Venoso Central, Tasa de Infecciones Hospitalarias, cuya expresión matemática es la siguiente:

$$\frac{\text{Número de usuarios identificados correctamente en la Unidad de Nefrología}}{\text{Total de usuarios identificados en la Unidad de Nefrología}} \times 100$$

Se debe tener en cuenta que lo importante no es tener indicadores, sino que estos cumplan la función de informar si está conforme a lo que se consideraba era lo apropiado (criterio de calidad). Al hablar de indicadores es habitual referirse a los cuadros de mando y al monitoreo. En realidad los indicadores son útiles siempre y cuando se "vigilen a lo largo del tiempo" para comprobar y analizar su evolución. A este proceso se le denomina monitoreo.

### **2.2.5. Gestión de Enfermería**

La Enfermera Jefe, Coordinadora o Gestora en Enfermería cumple con el papel principal de planificar, organizar, dirigir y controlar el recurso humano, financiero y material con el objetivo de cumplir con los objetivos institucionales eficazmente.

Un Enfermero satisfecho y estimulado por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida. La Gestión de Enfermería es un proceso humano y social que se apoya en el liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento Enfermero, la Enfermera Gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona. (Zárate, 2004)

Los términos "Gerencia" y "Administración" se han utilizado desde los inicios de las escuelas de Enfermería y hospitales relacionándolos con el área empresarial. El siglo XXI se caracteriza por una sociedad y economía en constante cambio que ha permitido que empresas públicas alcancen segmentos de mercado no imaginados.

El sector salud no ha sido ajeno a este proceso. Los administradores de hospitales se han visto obligados a fortalecer el liderazgo y diseñar nuevas estrategias

que garanticen sobre todo, la aplicación de conceptos de calidad en todos sus procesos. Esto incluye el ejercicio profesional de Enfermería que requiere de insumos para brindar atención al usuario, de procesos de operación que permitan el cumplimiento de procedimientos, y como producto la solución de las necesidades del usuario, es decir, satisfacción del cliente.

Considerando que un servicio es un acto o desempeño que ofrece una empresa a un cliente, se deduce que los servicios de Enfermería son: “El acto o desempeño de los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes por parte de una empresa de salud pública o privada” (Balderas, 2012). En la actualidad, la Enfermería profesional no es puramente tradicional. Las condiciones sociales, políticas y de su entorno exigen cada vez más una práctica responsable basada en los métodos, modelos y teorías de Enfermería que posibiliten lograr la satisfacción de los usuarios.

El Consejo Internacional de Enfermeras describe la crisis mundial caracterizada por una enorme escasez de Enfermeras/os. Los motivos son diversos y muy complejos, pero uno de los principales detonantes son los entornos de trabajo poco saludables, que en un inicio frenan los resultados y en algunas ocasiones alejan al profesional Enfermero de su entorno laboral. (Gustavo Malagón, 2008)

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 ratifica este panorama internacional crítico y demarca las directrices que requieren especial atención en Enfermería: planeación del recurso humano, manejo del personal, vigilancia de las condiciones laborales, evidencia científica y educación. Una de las estrategias propuestas es la del posicionamiento de Enfermería en áreas de dirección, presencia activa en puestos de directivas de las organizaciones de Enfermería hospitalaria, o como Enfermeras/os de Cuidado Directo. Los componentes del perfil profesional del Enfermero son el cuidado directo, la investigación, la gerencia de los servicios y la educación que implica la capacitación continua.

El rol de Enfermería en la Administración de los servicios, parte de un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). Este análisis ha de realizarse en consenso con el personal de Enfermería que cumple funciones similares. El análisis FODA es una técnica cuyo propósito es realizar un diagnóstico situacional para posicionarse competitivamente, tomar decisiones y definir las estrategias que resulten del análisis del entorno. A través de la información recolectada se implementan medidas para corregir los procesos más conflictivos o complejos y generar acciones para la mejora continua. (Balderas, 2012)

A nivel hospitalario es conocido el sistema de organización lineal como un modelo tradicional en las instituciones de salud, lo que dificulta la administración de procesos gerenciales por lo que los administradores de hospitales han insistido en un cambio en la cultura organizacional. Balderas indica que de manera convencional, los servicios hospitalarios se concentran en tres secciones: Administrativa, Servicios técnicos y Servicios Médicos. Por medio de la Gestión también se integran los componentes de dirección ligados a procesos de licenciamiento, acreditación o certificación de la calidad en la institución hospitalaria.

El concepto de calidad asistencial ha sido inherente a la práctica de Enfermería como esencia misma de la profesión. Si el servicio prestado pretende ser eficaz y eficiente, se aplicarán modelos de calidad que permitan llegar a niveles de atención dentro de rangos aceptables o superiores. La Enfermera Gestora integra las acciones del equipo de salud ya que los Enfermeras/os no sólo cuidan a los usuarios, sino que se establecen interrelaciones para su cuidado integral.

Para la Gestión de los procesos de Enfermería de centros hospitalarios, es indispensable conocer las características, organización, funciones, y, en general, toda el entorno en el que la Enfermera/o desempeña su labor profesional. Un aspecto muchas veces olvidado, pero no por ello menos importante, es el trato digno y respetuoso al brindar atención de Enfermería y al relacionarse con sus pares. Este ambiente de Bioética deberá ser observado en todos los procesos desde la Gestión de Enfermería. (Gustavo Malagón, 2008)

La identificación y priorización de las necesidades del usuario a nivel hospitalario constituye el eje fundamental para la realización de cualquier Procedimiento Enfermera/o. Dentro de los procesos gerenciales se debe ser prácticos realizando sencillos bosquejos que identifiquen las necesidades del usuario. Los Departamentos de Enfermería asegurarán la aplicación de tratamientos y procedimientos en el hospital de manera ininterrumpida, atención ágil, trato amable y respetuoso, entre otros.

Para la Gestión de Enfermería, la toma de decisiones se hará en base a los indicadores de la atención de Enfermería. Los indicadores reflejarán las áreas susceptibles de mejora y aquellas que han de ser corregidas, la efectividad de los procesos y el cumplimiento de las expectativas del usuario. “La calidad técnica y profesional del equipo que pertenece al sistema de salud debe operar en forma eficiente: esto es, aplicando la metodología y técnicas científicas en la prestación de los servicios.” (Balderas, 2012)

La eficiencia se traduce en atención de Enfermería con efectos positivos, de acuerdo con valores socialmente aceptados y con los menores riesgos posibles. Todo este proceso debe tener especial interés para los Departamentos de Enfermería al dirigir el Talento Humano a su cargo. Cuando los indicadores y requisitos de la atención de Enfermería están estandarizados, es posible definir los objetivos que constituyen el parámetro de evaluación.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**Paciente o Usuario.-** Persona que recibe atención sanitaria.

**Atención Sanitaria.-** Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

**Salud.-** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS).

**Calidad.-** Grado en que se cumple con los requisitos; es cumplir sistemáticamente con los requerimientos para satisfacer las necesidades o expectativas de los usuarios. Es la creación de valor para los clientes o usuarios.

**Estándares de Calidad.-** Los estándares son los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras, el Estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

**Indicador.-** Los indicadores son aquellos parámetros de medición que pueden ser expresados en forma numérica y a través de todo el proceso. Su uso permite evaluar la efectividad del proceso y el cumplimiento de las expectativas del cliente.

**Indicadores de Calidad.-** Son aquellos que se asocian a los resultados y operación de los procesos clave de una organización y se determinan con base en los factores y componentes críticos de éxito, esto es, el desarrollo de acciones concretas y los resultados finales de los procesos que garanticen el logro de los objetivos. Los indicadores de calidad miden si las acciones más relevantes que realiza la organización, contribuyen al logro de los resultados.

**Gestión de Enfermería.-** La Gestión de Enfermería constituye las actividades orientadas a la integración de los aspectos metodológicos, investigativos y conceptuales de la profesión, en el contexto de los servicios de salud. Es el arte de trabajar y dirigir a sus colaboradores respetando sus derechos y obligaciones con el objetivo de lograr una meta llevando a cabo actividades multidisciplinarias.

**Procedimiento.-** Conjunto de pasos ordenados y relacionados entre sí, a través de los cuales se convierten los insumos en productos o resultados.

**Seguridad del Paciente.-** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Error.-** Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

**Riesgo.-** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Daño.-** Se considera daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

**Evento Adverso.-** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evento Adverso Prevenible.-** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los Estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**Evento Adverso No Prevenible.-** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Incidente.-** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**Complicación.-** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**Acciones De Reducción De Riesgo.-** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Política de Seguridad del Paciente.-** Promoción de una Cultura de Seguridad al usuario interno y externo del Hospital “Carlos Andrade Marín” desarrollando acciones de identificación, prevención y Gestión de riesgos relacionados con el Proceso Médico-asistencial.



## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Métodos e Instrumentos de Investigación

##### 3.1.1. Método de Investigación

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio descriptivo y de campo. Augusto Bernal en su libro “Metodología de la Investigación”, define la investigación descriptiva como un estudio que reseña rasgos, cualidades o atributos de la población objeto de estudio, a través del estudio descriptivo se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Desde el punto de vista científico, cuando describimos un fenómeno, estamos midiéndolo. En esta investigación se seleccionaron los Procedimientos Generales con la finalidad de describirlos.

El presente trabajo representa una Investigación de campo ya que trata de comprender y resolver la necesidad de actualizar los Procedimientos Generales para el desempeño profesional de las Enfermeras/os del Hospital “Carlos Andrade Marín”. Se realizó la observación in situ de los Procedimientos Generales de Enfermería en el HCAM para actualizarlos de acuerdo compararlos con Estándares de Calidad. Esta etapa de la investigación permitió descubrir estructuras cotidianas enmarcadas en rutinas.

Es también de tipo longitudinal porque la información se encuentra en enciclopedias, publicaciones de la OPS, OMS, y otros materiales.

##### 3.1.2. Instrumentos de Investigación

La primera fase corresponde a la utilización de fuentes primarias: la observación in situ se llevó a cabo durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2015. Mediante la observación in situ aplicaron criterios de selección para los Procedimientos Generales. Las fuentes secundarias incluyen: Revisión de los Manuales de Procedimientos que se encuentran en la Coordinación General de Enfermería del Hospital “Carlos Andrade Marín”, revisión bibliográfica que sustenta el marco teórico, revisión de sitios web sobre información relacionada con el tema, revistas y publicaciones actualizadas reconocidas profesionalmente. Además se realizaron consultas a expertos en la materia para ampliar los conocimientos relacionados al programa de seguridad del paciente.

La revisión de bibliografía relacionada con Gestión y Administración de los Servicios de Enfermería constituyó una fuente enriquecedora del presente trabajo, de la misma manera se revisaron los Procedimientos de Enfermeras/os recomendados por la OMS y OPS.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA**

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA**

#### **HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN”**

**ABRIL 2015**

#### **PRESENTACIÓN**

El Hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito es uno de los mayores centros hospitalarios de especialidad dentro del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Es una entidad prestadora de servicios de salud ubicada en el Nivel III de atención, es decir, Hospital de Referencia Nacional.

La elevada demanda de atención y la implementación de tecnología de punta tanto en equipamiento hospitalario, así como la complejidad de las patologías ahora existentes, requiere el desarrollo constante del personal de Enfermería con una clara orientación a la mejora continua. Los Procedimientos Generales deben constituir un aporte para la Gestión de los Departamentos de Enfermería de manera que se normatice la práctica Enfermera.

Los Procedimientos que componen el presente Manual están definidos por las directrices de la Organización Mundial de la Salud y constituyen una guía para la prestación de cuidados enfermeros dentro de Estándares de Calidad. El propósito de presentar el presente Manual, es brindar una herramienta de consulta y una guía de el proceso asistencial.

Los Estándares e Indicadores de Calidad fundamentan las acciones de la profesional Enfermera para proporcionar al usuario un cuidado integral. De igual manera, esta propuesta constituirá una herramienta para evaluar objetivamente el desempeño, mejorar sus competencias y contribuir al logro de metas y objetivos institucionales en pro de una mayor efectividad, eficiencia y seguridad en la atención a los usuarios.

**Lic. Valeria Yépez P.**

## 4.1. PROCEDIMIENTOS: GUÍAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

### 4.1.1. INGRESO DEL USUARIO A TRIAGE DE URGENCIAS

#### 4.1.1.1. DEFINICIONES

**Triage.-** Es el método empleado por el personal médico de Urgencias para categorizar pacientes y asignar prioridad a la atención médica.

**Triage de Manchester.-** Recepción, acogida y recepción del paciente en Urgencias hospitalarias ya sea por prioridad o tiempo de llegada al servicio.

#### 4.1.1.2. OBJETIVO

- Priorizar la atención emergente y urgente del usuario a ser atendido en el HCAM-

#### 4.1.1.3. DIAGRAMA:

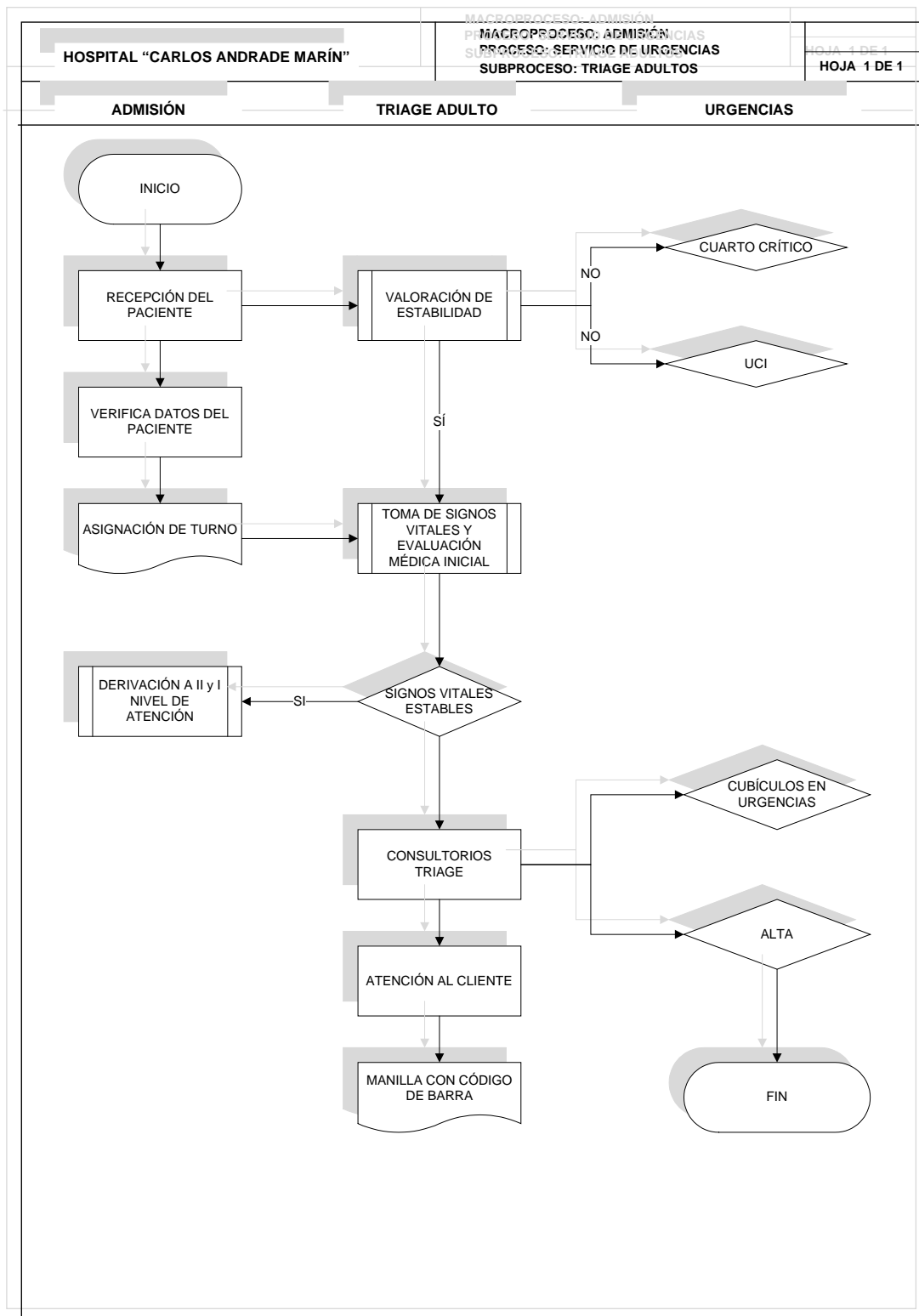
Cuadro 1.

Triage de Manchester

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL			
CLASIFICACIÓN DE EMERGENCIAS Triage de Manchester			
Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos			
Nivel	Tipo de Urgencia	Color	Tiempo de Espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	ATENCIÓN INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Fuente: Servicio de Urgencias HCAM 2015

#### 4.1.1.4. Proceso de Triage



**Figura 1. Proceso de Triage HCAM 2015**

**4.1.1.5. ACTIVIDADES**

## **USUARIO NO CRÍTICO**

- El usuario acude al a ventanilla de Admisión que se encuentra en Triage de Adultos y presenta su Cédula de Identidad para solicitar atención.
- El personal de Admisión genera un turno de atención con el que el usuario debe dirigirse a Signos Vitales.
- La Enfermera toma los Signos Vitales del usuario y el Médico de turno digita los datos en el sistema.
- El Médico de turno valora la condición general del usuario e ingresa al sistema.
- Se asignará el Consultorio de atención, así como el Motivo de Consulta.
- En la isla de Atención al Usuario, se genera una manilla de identificación, misma que contiene los siguientes datos:
  - Nombres y apellidos del usuario.
  - Número de Cédula de Identidad.
  - Fecha y hora.
  - Consultorio asignado.
  - Código de barra.
- El personal de Atención al Cliente coloca la manilla al usuario y lo conduce a la sala de espera, lugar donde espera ser llamado para atención en Consultorios.

## **USUARIO CRÍTICO**

- En casos de Emergencia, el usuario es trasladado al Cuarto Crítico de Urgencias directamente, asistido por el personal de ambulancia y personal del Servicio de Urgencias.
- Colocar al usuario manilla de identificación.
- Entregar al familiar la hoja de ingreso para que sea legalizada en Admisión.

- Posteriormente, el usuario puede ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **4.1.1.6. INDICADOR**

- Número de usuarios correctamente identificados al ingreso.
- Unidad de medida: Porcentaje.

#### **4.1.1.7. ESTÁNDAR**

- Todo usuario que ingresa al servicio de Urgencias será colocado manilla de identificación con datos completos.
- Meta: 100%



## **4.1.2. INGRESO DEL USUARIO A HOSPITALIZACIÓN**

### **4.1.2.1. DEFINICIÓN**

**Ingreso del Usuario.-** Acogida del usuario y su familia en una unidad de hospitalización.

### **4.1.2.2. OBJETIVO**

- Integrar al usuario y su familia dentro del servicio de Enfermería hospitalario para recuperar su bienestar físico, psico-social.

### **4.1.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o
- Auxiliar de Enfermería

### **4.1.2.4. EQUIPO**

- Habitación asignada limpia y preparada.
- Timbre y luz de fácil acceso.
- Material de higiene personal.
- Bata hospitalaria o pijama.
- Dispositivos de ayuda a la eliminación: chatas, urinal masculino.

### **4.1.2.5. MATERIAL**

- Hoja de Admisión (Formulario No. 001) legalizado.

### **4.1.2.6. PROCEDIMIENTO**

- Bienvenida al usuario y familiar.

- Verificar manilla de identificación.
- Dar la bienvenida al usuario y presentarse con su nombre y función que desempeña.
- El usuario entregará a la Enfermera del servicio la Hoja de Admisión (Formulario 001), quien verificará firma y sello del personal de Admisión.
- Orientar al usuario en la Unidad de Hospitalización y habitación explicando el funcionamiento de cama y timbre.
- Proporcionar al usuario el kit de aseo y bata hospitalaria.
- Elaborar la tarjeta de identificación del usuario y colocar en la parte superior de la cama, con los siguientes datos: nombre/apellidos, número de Cédula de Identidad y fecha de ingreso.
- Tomar signos vitales y medidas antropométricas, y registrar en el sistema AS 400.
- Realizar el Informe de Enfermería en el sistema y descargar los insumos utilizados en el usuario.
- Revisar y cumplir prescripciones médicas.
- Registrar el ingreso del usuario en el formato de Censo Diario.

#### **4.1.2.7. INDICADOR**

- Número de usuarios que conocen el nombre de la Enfermera/o que le recibe al ingreso.
- Unidad de medida: Porcentaje

#### **4.1.2.8. ESTÁNDAR**

- Al ingreso del usuario, la Enfermera / o se presentará indicando nombre completo y función.
- Meta: 100%

### **4.1.3. TRANSFERENCIA INTRAHOSPITALARIA**

#### **4.1.3.1. DEFINICIÓN**

**Transferencia Intrahospitalaria.-** Ubicar al usuario en otra unidad de hospitalización diferente de la actual.

#### **4.1.3.2. OBJETIVO**

- Garantizar la continuidad de los cuidados de Enfermería en otro servicio del hospital.

#### **4.1.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o
- Auxiliar de Enfermería o Camillero
- Médico (en caso de usuarios críticos)

#### **4.1.3.4. EQUIPO**

- Medio de transporte: silla de ruedas, camilla, cama, incubadora.
- Tanque de Oxígeno portátil, por razones necesarias.

#### **4.1.3.5. MATERIAL**

- Estudios de imagen (Rx, ultrasonido).
- Enseres personales del usuario.
- Medicación del usuario.

#### **4.1.3.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.

- Verificar que conste en el registro médico la indicación de traslado del usuario a otro servicio en el hospital.
- Confirmar vía telefónica con el personal de Enfermería, la disponibilidad de la cama para enviar al usuario al servicio asignado.
- Comprobar el buen estado de la infusión intravenosa, sondas, drenajes, y el estado de higiene del usuario.
- Enviar al usuario en silla de ruedas o camilla acompañado del personal de salud.
- Enviar placas de Rx, imágenes de ultrasonido, medicamentos del usuario, pedidos de laboratorio, y artículos personales.
- El personal de salud del servicio que recibe, debe verificar y constatar la condición del usuario e higiene.
- Informar al Personal de Limpieza para la desinfección terminal de la unidad del usuario.

#### **4.1.3.7. ESTÁNDAR**

- El usuario con transferencia a otra unidad de hospitalización, debe ser trasladado cumpliendo con medidas de seguridad para evitar caídas.
- Meta: 100%

#### **4.1.4. TRASLADO DEL USUARIO A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

##### **4.1.4.1. DEFINICIÓN**

Desplazar al usuario desde el servicio que se encuentra ingresado a otro servicio del hospital para complementar el tratamiento médico o realización de pruebas diagnósticos.

##### **4.1.4.2. OBJETIVO**

- Trasladar al usuario a otro servicio en condiciones óptimas de seguridad evitando complicaciones potenciales.

##### **4.1.4.3. TALENTO HUMANO**

- Camillero
- Auxiliar de Enfermería

##### **4.1.4.4. EQUIPO**

- Silla de ruedas, cama o camilla.
- Tanque de Oxígeno portátil.
- Soporte metálico.

##### **4.1.4.5. MATERIAL**

- Mecanizado con la orden del pedido.

##### **4.1.4.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.

- Verificar los datos de identificación del usuario con el pedido correspondiente.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Solicitar la colaboración del usuario, si su condición lo permite.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para los procedimientos que lo requieran.
- Comprobar la higiene del usuario previo al procedimiento.
- Llevar insumos de oxigenoterapia y soporte de venoclisis, en caso necesario.
- Enviar al usuario acompañado del Personal de Salud.

#### **4.1.4.7. ESTÁNDAR**

- El usuario que acude a pruebas complementarias, debe ser trasladado cumpliendo con medidas de seguridad para evitar caídas.
- Meta: 100%

## **4.1.5. DERIVACIÓN DEL USUARIO A OTRA UNIDAD DE SALUD**

### **4.1.5.1. DEFINICIÓN**

Envío del usuario a otra unidad de salud hospitalaria de convenio con el IESS cuando no se disponga de espacio físico para la recepción de usuarios. La Enfermera informa a Trabajo Social y coordina con el Departamento de Derivaciones el traslado del usuario.

### **4.1.5.2. OBJETIVO**

- Garantizar la transferencia del usuario y la continuidad de los cuidados hospitalarios.

### **4.1.5.3. TALENTO HUMANO**

- Personal de Salud (Médico y Paramédico)

### **4.1.5.4. EQUIPO**

- Medio de transporte (silla de ruedas, camilla, etc.).
- Ambulancia.
- Equipo de oxigenoterapia y venoclisis, en caso necesario.

### **4.1.5.5. MATERIAL**

- Autorización de ambulancia.
- Enseres personales del usuario.
- Informar al usuario y familiar sobre lugar de transferencia.
- Valorar el estado general del usuario, sondas, sueros, drenajes e higiene del usuario.

#### 4.1.5.6. PROCESO

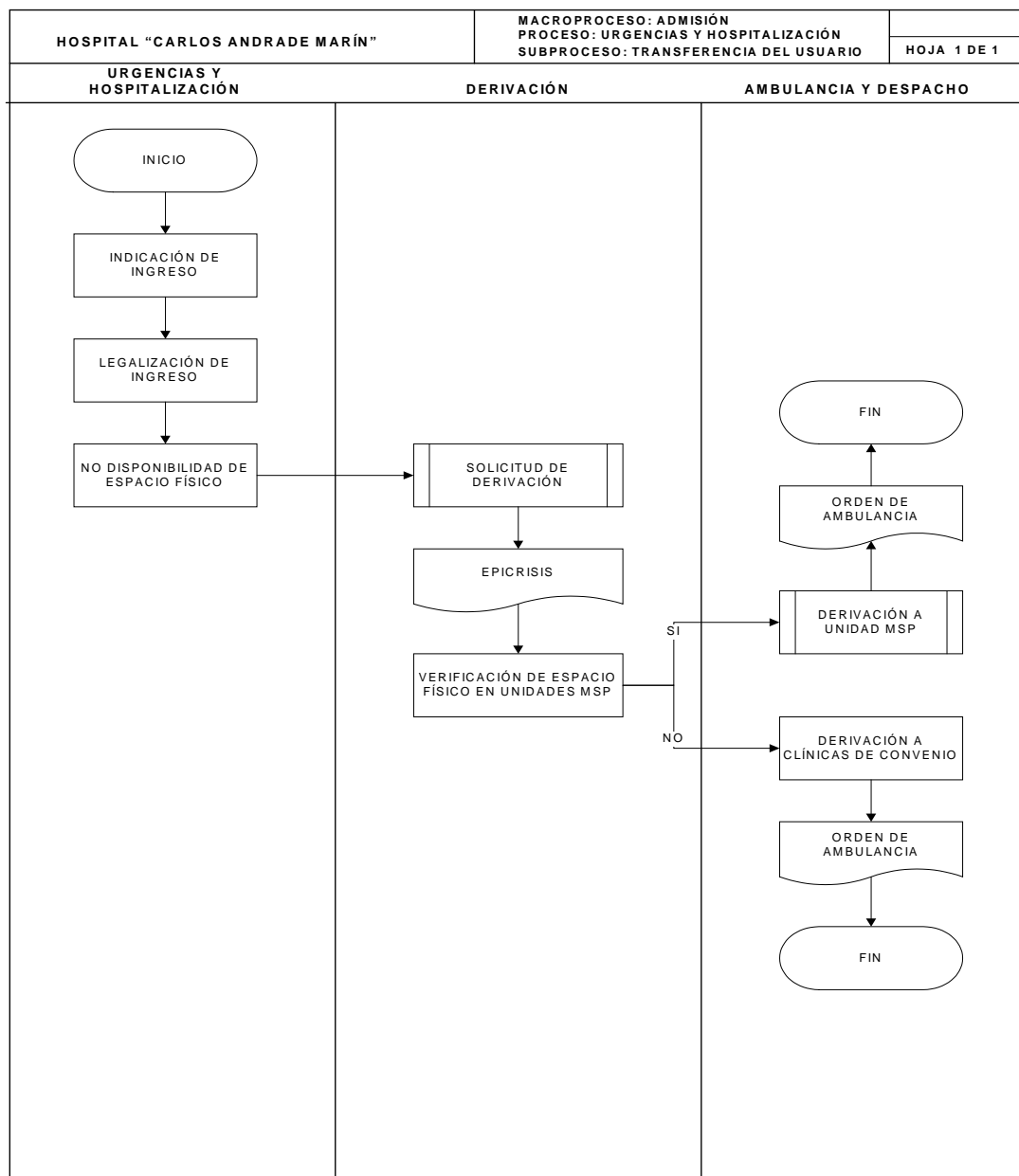


Figura 2. Transferencia del Usuario HCAM 2015

#### 4.1.5.7. ESTÁNDAR

- El usuario que es derivado a otra unidad de salud, debe ser trasladado cumpliendo con medidas de seguridad para evitar caídas.
- Meta: 100%



## **4.1.6. ALTA DEL USUARIO**

### **4.1.6.1. DEFINICIÓN**

**Alta Médica.-** Salida del usuario de la unidad hospitalaria luego de finalizar el tratamiento completo o antes, a solicitud del usuario.

### **4.1.6.2. OBJETIVO**

- Garantizar la continuidad de los cuidados al usuario en su domicilio así como los controles médicos posteriores.

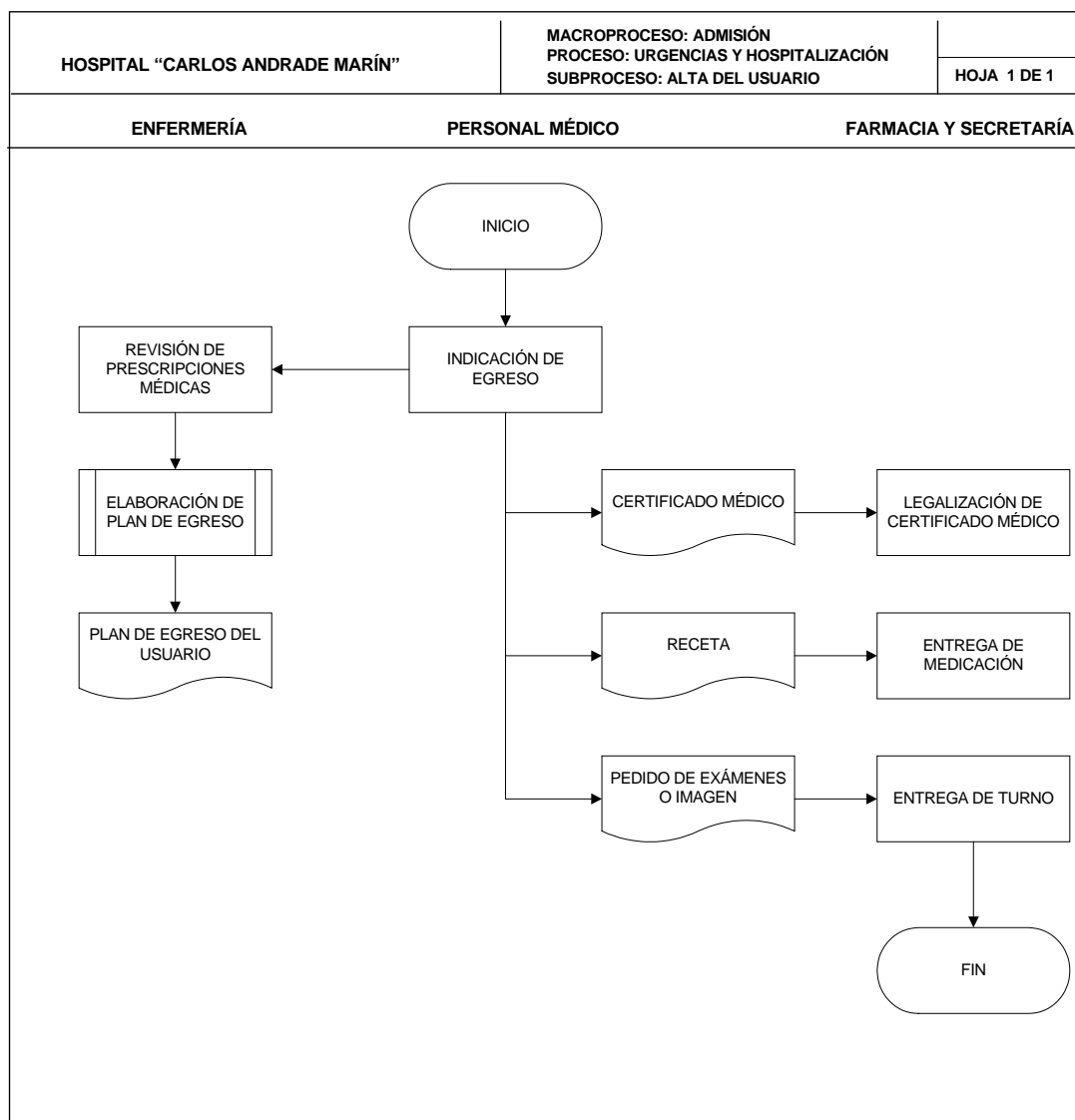
### **4.1.6.3. EQUIPO**

- Silla de ruedas o camilla.

### **4.1.6.4. PROCEDIMIENTO**

- Coordinar el egreso del usuario, una vez que el alta se encuentre en el registro médico del usuario en el sistema AS 400.
- Elaborar el Plan de Egreso en el formato institucional, y explicar al usuario acerca de medicación, frecuencia, actividad, nutrición y controles médicos posteriores.
- Coordinar con el personal de Limpieza la desinfección terminal de la unidad del usuario.
- En casos de alta voluntaria, solicitar al usuario la firma en el formato de Admisión y realizar un Informe de Enfermería en el Sistema AS 400.

### **4.1.6.5. PROCESO**



**Figura 3. Alta del Usuario HCAM 2015**

#### 4.1.6.6. ESTÁNDAR

- El usuario que es dado de alta, recibirá el formato de Plan de Egreso y la explicación de las indicaciones por parte de la Enfermera.
- Meta: 100%

## **4.1.7. ENTREGA Y RECEPCIÓN DE TURNO DE ENFERMERÍA**

### **4.1.7.1. DEFINICIÓN**

**Entrega y Recepción de Turno.-** Entrega del turno entre Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería que salen del turno, al personal que ingresa a laborar, relacionada con la condición de salud de los usuarios y procedimientos.

### **4.1.7.2. OBJETIVO**

- Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de Enfermería.

### **4.1.7.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o
- Auxiliar de Enfermería

### **4.1.7.4. MATERIAL**

- Parte de cambio de turno.

### **4.1.7.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- La Entrega y Recepción del turno de Enfermería se realizará puntualmente.
- Se revisará el formato de Parte de Cambio de Turno que incluye información relacionada a:
  - Movimiento de usuarios (ingresos, egresos, transferencias)
  - Exámenes de laboratorio y de imagen realizados, y por realizarse.
  - Pruebas de laboratorio y diagnósticas que deban realizarse en las próximas 24 horas.

- Usuarios en ayunas por: procedimientos quirúrgicos, exámenes especiales, laboratorio.
  
- Entregar los formularios de pedidos de exámenes pendientes de los usuarios.
- Entrega y recepción de turno en cada unidad del usuario.
- Indicar los cuidados de enfermería llevados a cabo.
- La Enfermera y Auxiliar de Enfermería que reciben el turno, revisarán la condición del usuario, vías periféricas, sondas, drenajes y apósitos.
- La entrega y recepción de turno se realizará conjuntamente con el personal Auxiliar de Enfermería.

#### **4.1.7.6. ESTÁNDAR**

- El personal de Enfermería realizará la Entrega-Recepción de turno puntualmente en todos los horarios.
- Meta: 85 %

## 4.1.8. REVISIÓN DEL COCHE DE PARO

### 4.1.8.1. DEFINICIÓN

Revisión sistemática del contenido del coche de paro en situaciones de emergencia para reanimación avanzada.

### 4.1.8.2. OBJETIVO

- Mantener el coche de paro con el material completo para reanimación del usuario en paro cardiorrespiratorio.

### 4.1.8.3. TALENTO HUMANO

- Enfermera/o

### 4.1.8.4. MATERIAL

#### Cuadro 2.

#### Material Coche de Paro

<b>MATERIAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
Guantes de manejo	Cantidad suficiente
Guantes Quirúrgicos	3
Electrodos	3
Tubos Endotraqueales	3
Sondas de succión	2
Mascarillas descartables	2
Cánula de Guedel	2
Ambú	1
Cánula para canalizar vía periférica No. 18G, 20G y 22G	Cantidad suficiente
Jeringuillas	Cantidad suficiente
Laringoscopio con 3 hojas	1
Guía de intubación	1
Monitor DEA	1

**Cuadro 3.****Medicamentos y Soluciones Coche de Paro**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Atropina	10
Adrenalina	10
Bicarbonato de Sodio	20
Sulfato de Magnesio	5
Diazepam	2
Furosemida	2
Hidrocortisona	2
<b>SOLUCIONES</b>	
Lactato Ringer	1
Solución Salina	2
Dextrosa al 5% en Solución Salina	1
Dextrosa al 10%	1
Poligelina	1
Manitol	1

**4.1.8.5. PROCEDIMIENTO**

- Mantener rotulado con letra clara y legible los medicamentos, soluciones y material del Coche de Paro.
- Llevar un registro diario del contenido del coche de paro y asegurarse que, el equipo, insumos y medicación se encuentren en condiciones óptimas para su utilización.
- El coche de paro debe estar ubicado en un lugar asequible y visible.
- Registrar la revisión del coche de paro en el formato respectivo, en el que conste la firma de responsabilidad de la Enfermera que revisa.
- Verificar mensualmente la fecha de caducidad de insumos y fármacos.
- Reponer medicación e insumos utilizados para mantener el stock.
- Reportar oportunamente faltantes para su reposición.
- Lavar y desinfectar las hojas del Laringoscopio utilizadas; no esterilizar.

**4.1.8.6. ESTÁNDAR**

- La Enfermera / o revisará en cada turno el Coche de Paro de la Unidad.
- Meta: 85 %

## **4.1.9. PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DEL COCHE DE CURACIONES**

### **4.1.9.1. DEFINICIÓN**

Limpieza, reposición y mantenimiento del coche de curaciones que utiliza la Enfermera/o. El Coche de Curaciones deberá ser abastecido de acuerdo al área de trabajo y a la necesidad de cada usuario.

### **4.1.9.2. OBJETIVO**

- Prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) mediante la limpieza y desinfección periódica del Coche de Curaciones para facilitar la realización de procedimientos en los usuarios.

### **4.1.9.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería

### **4.1.9.4. EQUIPO Y MATERIAL**

- Coche de Curaciones.
- Contenedor para corto punzantes.
- Contenedor para desechos contaminados.
- Gasa estéril y apósitos quirúrgicos.
- Esparadrapos.
- Guantes estériles y de manejo.
- Solución Antiséptica de Clorhexidina.
- Alcohol Potable al 70%.
- Suero Fisiológico.
- Frascos recolectores de orina.
- Tubos de ensayo.
- Bajalenguas, Hisopos y Taponos nasales.

- Jeringuillas de 5ml, 10ml y 20 ml.
- Lubricante.

#### **4.1.9.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Vigilar que los frascos de las soluciones antisépticas y ungüentos estén tapados y limpios.
- Para la limpieza, retirar todos los materiales y recipientes del Coche de Curaciones.
- Trasladar el coche de curaciones al lugar destinado a su limpieza.
- Limpiar la superficie del carro (bandejas, ruedas, etc.) con detergente desinfectante.
- Enjuagar y secar con un paño limpio y dejar secar.
- Rotular los contenedores de material y soluciones.
- Enviar a Central de Esterilización los recipientes tales como semilunas, tambores de gasa y equipos de curaciones.
- Comunicar a la Enfermera de turno las novedades relacionadas a falta de material o insumos para su reposición.

#### **4.1.9.6. ESTÁNDAR**

- El personal Auxiliar de Enfermería revisará en cada turno el Coche de Paro de la Unidad.
- Meta: 85 %



## **4.2. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON OXIGENOTERAPIA**

### **4.2.1. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR BIGOTERA**

#### **4.2.1.1. DEFINICIÓN**

Es un sistema de administración de oxígeno de bajo flujo donde la nasofaringe actúa como reservorio.

#### **4.2.1.2. OBJETIVO**

- Administrar al usuario oxígeno en concentraciones inferiores al 40% para mantener una perfusión tisular adecuada.

#### **4.2.1.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o
- Auxiliar de Enfermería

#### **4.2.1.4. MATERIAL**

- Bigotera para administración de oxígeno adecuada para la edad del usuario.
- Humidificador estéril de 550 ml.
- Flujómetro.
- Saturador de Oxígeno.

#### **4.2.1.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Rotular la bigotera con masking y marcador permanente con el nombre del usuario y la fecha de colocación.
- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.

- Identificar al usuario e informar el procedimiento a realizar.
- Colocar al usuario en posición semifowler, si no está contraindicado.
- Conectar la bigotera con el humidificador de oxígeno y comprobar la salida de oxígeno por los orificios de la bigotera.
- Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al usuario.
- Introducir el catéter en los orificios nasales del usuario, ajustándolos y fijándolos de una forma cómoda.
- Indicar al usuario que respire por la nariz y no por la boca.
- Colocar la manguera de la bigotera de manera que se eviten acodaduras que impidan el flujo de oxígeno.
- Controlar Saturación de Oxígeno por turno y de acuerdo a la respuesta del usuario.
- Registrar en el sistema AS 400 la cantidad de oxígeno y flujo administrados en el turno.
- Reportar novedades en el Informe de Enfermería del sistema AS 400 y descargar los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.1.6. ESTÁNDAR**

- La bigotera de oxígeno debe ser rotulada con nombre del usuario y fecha, y debe ser cambiada cada 5to. día.
- Meta: 90 %

## **4.2.2. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR MASCARILLA (CERRADA, ABIERTA, CON RESERVORIO)**

### **4.2.2.1. DEFINICIÓN**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita al usuario, a través de una mascarilla.

### **4.2.2.2. OBJETIVO**

- Mejorar el estado respiratorio del usuario con necesidades de concentraciones mayores de oxígeno.

### **4.2.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o
- Auxiliar de Enfermería

### **4.2.2.4. MATERIAL**

- Mascarilla de administración de oxígeno.
- Manguera corrugada.
- Humidificador de inspirón de 1000 ml.
- Saturador de Oxígeno.

### **4.2.2.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Elegir el tamaño correcto de mascarilla para el usuario.
- Rotular la mascarilla de oxígeno con masking y marcador permanente con el nombre del usuario y la fecha de colocación.
- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.

- Identificar al usuario e informar el procedimiento a realizar.
- Colocar al usuario en posición semifowler, si no está contraindicado.
- Conectar la manguera corrugada y mascarilla al humidificador y comprobar la salida de oxígeno.
- Regular la FiO<sub>2</sub> y litros de oxígeno prescritos para el usuario.
- Colocar la mascarilla sobre la nariz y boca del usuario, ajustarla evitando una presión excesiva.
- Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al usuario.
- Evitar acodaduras en el sistema que impidan el flujo continuo de oxígeno.
- Controlar Saturación de Oxígeno por turno y de acuerdo a la respuesta del usuario.
- Registrar en el sistema AS 400 la cantidad de oxígeno y flujo administrados en el turno.
- Reportar novedades en el Informe de Enfermería del sistema AS 400 y descargar los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.2.6. ESTÁNDAR**

- La mascarilla de oxígeno debe ser rotulada con nombre del usuario y fecha, y debe ser cambiada cada 5to. día.
- Meta: 90 %

### **4.2.3. ADMINISTRACION DE OXIGENO AL USUARIO CON TRAQUEOSTOMIA**

#### **4.2.3.1. DEFINICIÓN**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a un usuario portador de traqueostomía.

#### **4.2.3.2. OBJETIVO**

- Mantener la saturación de oxígeno dentro de valores normales en el usuario portador de traqueostomía.

#### **4.2.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o.

#### **4.2.3.4. MATERIAL**

- Mascarilla de oxígeno para traqueostomía.
- Humificador de Inspirón 1000ml.
- Manguera corrugada.
- Guantes de manejo.
- Paquete de gasa.
- Saturador de Oxígeno.

#### **4.2.3.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Identificar al usuario e informar el procedimiento a realizar, si su condición lo permite.
- Colocar al paciente en posición semifowler, si no está contraindicado.

- Limpiar la zona alrededor del estoma con suero fisiológico protegiendo la piel con gasas.
- Aspirar secreciones del usuario por razones necesarias.
- Conectar la manguera corrugada y mascarilla al humidificador y comprobar la salida de oxígeno.
- Regular la FiO<sub>2</sub> y litros de oxígeno prescritos para el usuario.
- Ajustar la mascarilla a la traqueotomía y proteger el contorno del sujetador que cubre el cuello.
- Evitar acodaduras en el sistema que impidan el flujo continuo de oxígeno.
- Controlar Saturación de Oxígeno por turno y de acuerdo a la respuesta del usuario.
- Registrar en el sistema AS 400 la cantidad de oxígeno y flujo administrados en el turno.
- Reportar novedades en el Informe de Enfermería del sistema AS 400 y descargar los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.3.6. ESTÁNDAR**

- La mascarilla de oxígeno debe ser rotulada con nombre del usuario y fecha, y debe ser cambiada cada 5to. día.
- Meta: 90 %

#### **4.2.4. NEBULIZACIONES**

##### **4.2.4.1. DEFINICION**

Procedimiento que realiza la Enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio, según prescripción médica.

##### **4.2.4.2. OBJETIVO**

- Mantener permeables y libres de secreciones las vías respiratorias del usuario.

##### **4.2.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o

##### **4.2.4.4. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Equipo de micronebulización descartable.
- Jeringuilla de 5 ml.
- Conductor descartable para nebulización (Pico).
- Solución Salina.
- Medicamento por prescripción médica.

##### **4.2.4.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Alistar el material necesario y llevarlo a la unidad del usuario.
- Rotular con masking y marcador permanente el equipo de nebulización con el nombre del usuario y fecha de colocación.
- Identificar e informar al usuario del procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad del usuario y solicitar su colaboración.

- Colocar al usuario en posición semifowler, de ser posible.
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo de nebulización previo al procedimiento.
- Colocar en la cámara del micronebulizador el agua y el medicamento prescrito, si fuere el caso.
- Conectar el Pico para nebulización directamente al flujómetro de oxígeno.
- Nebulizar al usuario colocando entre 6 a 8 litros de oxígeno en el flujómetro.
- Luego de cada nebulización limpiar el equipo con láminas de alcohol.
- Mantener el equipo dentro de una funda plástica limpia.
- Cambiar el equipo de nebulización cada cinco días.
- Registrar el Informe de Enfermería en el sistema AS 400 y descargar los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.4.6. ESTÁNDAR**

- El equipo de nebulización debe ser rotulado con nombre del usuario y fecha, y debe ser cambiada cada 5to. día.
- Meta: 90 %



## **4.2.5. PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR OROFARINGE**

### **4.2.5.1. DEFINICIÓN**

Extracción de secreciones de las vías respiratorias, cuando el enfermo no puede expulsarlas por sí mismo, mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y traqueal del usuario.

### **4.2.5.2. OBJETIVOS**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del usuario.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.

### **4.2.5.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o

### **4.2.5.4. EQUIPO**

- Manómetro de succión.
- Toma de oxígeno.

### **4.2.5.5. MATERIAL**

- Contenedor de eliminación de secreciones.
- Catéter de aspiración de secreciones.
- Guantes estériles.
- Paquetes de gasa estériles.
- Mascarilla descartable.
- Gafas de protección por razones necesarias.

- Delantal quirúrgico descartable.
- Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.

#### **4.2.5.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Identificar e informar al usuario del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del usuario, si su condición lo permite.
- Colocar al usuario en la posición semifowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al usuario con la cabeza de lado; si es vía nasal, poner el cuello del usuario en hiperextensión; si el usuario está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral.
- Conectar el catéter de aspiración al equipo de succión. Comprobar su correcto funcionamiento.
- Elegir calibre del catéter adecuado. El diámetro debe ser de acuerdo a la edad del usuario (adultos: 12-18 F; niños: 6-12 F y lactantes 5-6 F).
- Seleccionar la presión adecuada en el vacuómetro: adultos 115-150 mmHg, niños 95-115 mmHg y lactantes 50-95 mmHg.
- En caso de secreciones secas y tapones mucosos, instilar suero fisiológico 0,9%.
- Colocarse mascarilla, delantal descartable y guantes quirúrgicos.
- Introducir el catéter sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. Esta maniobra no debe exceder los 10 segundos.
- En la aspiración orofaríngea, insertar el catéter en el lateral de la orofaringe.
- Limpiar el catéter de succión con gasas estériles y aspirar agua o suero fisiológico estéril.
- Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario.
- Dejar descansar al usuario entre aspiración y aspiración.
- Recoger el material y desecharlo en los contenedores correspondientes.

- Realizar higiene de manos.
- Registrar en el informe de Enfermería: procedimiento y características de las secreciones.
- Descargar en el sistema AS 400 los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.5.7. ESTÁNDAR**

- La succión de secreciones debe ser realizada observando una técnica estéril.
- Meta: 90 %

## **4.2.6. PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL**

### **4.2.6.1. DEFINICIÓN**

Introducción de un catéter estéril a través de la cánula de traqueostomía del usuario, conectada a aspiración.

### **4.2.6.2. OBJETIVO**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del usuario con traqueostomía o tubo endotraqueal.

### **4.2.6.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o

### **4.2.6.4. MATERIAL**

- Contenedor de eliminación de secreciones.
- Catéter de aspiración de secreciones.
- Guantes estériles.
- Paquetes de gasa estériles.
- Mascarilla descartable.
- Gafas de protección por razones necesarias.
- Delantal quirúrgico descartable.
- Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.
- Mascarilla de oxígeno.

### **4.2.6.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.

- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.
- Identificar al usuario e informar al usuario del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del usuario, si su condición lo permite.
- Colocar al usuario en la posición semifowler.
- Conectar el equipo de aspiración de pared o portátil y comprobar su correcto funcionamiento.
- Elegir calibre adecuado del catéter de aspiración. El diámetro debe ser de acuerdo a la edad del usuario (adultos: 12-18 F; niños: 6-12 F y lactantes 5-6 F).
- Seleccionar la presión adecuada en el vacuómetro: adultos 115-150 mmHg, niños 95-115 mmHg y lactantes 50-95 mmHg.
- Colocarse mascarilla, delantal quirúrgico descartable y guantes estériles.
- La succión de secreciones por traqueostomía y tubo endotraqueal es una técnica estéril, y está contraindicado el uso de la aspiración como rutina.

#### **4.2.6.6. ASPIRACIÓN POR TRAQUEOSTOMÍA**

- Hiperoxigenar al usuario antes de iniciar el procedimiento.
- Introducir el catéter de aspiración sin aspirar, como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula de traqueostomía.
- Instilar de 3-5 c.c. de suero fisiológico, si las secreciones son muy espesas, para humidificarlas y estimular la tos.
- Aspirar secreciones al retirar el catéter con movimientos suaves y ligera rotación. Aspirar hasta que no haya presencia de secreciones.
- Entre cada aspiración colocar la mascarilla de oxígeno.
- Recoger el material y desecharlo en los contenedores correspondientes.
- Registrar en el Informe de Enfermería el procedimiento realizado y las características de las secreciones.
- Descargar en el sistema AS 400 los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.2.6.7. ASPIRACIÓN POR TUBO ENDOTRAQUEAL**

- Desconectar al usuario de la fuente de oxígeno.
- Hiperoxigenar al usuario con oxígeno al 100%.
- Introducir la sonda sin aspirar, girándola suavemente hasta que ésta no progrese más.
- Aspirar intermitentemente para evitar que la sonda se adhiera a las paredes, impidiendo la aspiración e irritación de la mucosa.
- Retirar la sonda aspirando lentamente con pequeñas rotaciones y aspirar entre 10 a 15 segundos.
- Hiperoxigenar al usuario con ambú el tiempo necesario entre cada aspiración. Si el usuario se encuentra conectado a ventilación mecánica, hiperoxigenar con la máquina.

#### **4.2.6.8. ESTÁNDARES**

- La succión de secreciones debe ser realizada observando una técnica estéril.
- Meta: 90 %

### **4.3. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN**

#### **4.3.1. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR NUTRITUBO**

##### **4.3.1.1. DEFINICIÓN**

El apoyo nutricional enteral está indicado en aquellos usuarios que no son capaces de satisfacer sus requerimientos nutricionales con una dieta por vía oral. También es un medio de ayuda para la transición de un usuario bajo nutrición parenteral total a una dieta oral.

##### **4.3.1.2. OBJETIVO**

- Administrar nutrientes, medicaciones y líquidos al tracto gastrointestinal por medio de Nutritubo.

##### **4.3.1.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o

##### **4.3.1.4. EQUIPO**

- Bolsa para administración de nutrición enteral.

##### **4.3.1.5. MATERIAL**

- Charol de acero inoxidable.
- Agua.
- Jeringa de 50 ml con pico.
- Guantes de manejo.
- Fórmula de nutrición enteral.
- Nutritubo.

- Paquetes de gasa estéril.
- Semiluna.

#### **4.3.1.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Identificar al usuario e informar al usuario acerca del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del usuario, si su condición lo permite.
- Colocar al usuario en posición Fowler durante el procedimiento y hasta una hora después de la administración de la nutrición.
- Colocarse los guantes de manejo.
- Verificar la correcta colocación del Nutritubo utilizando la jeringuilla, y comprobar la permeabilidad de la sonda.
- Comprobar la tolerancia antes de cada toma, verificando que el residuo no sea superior a 100 ml en usuarios adultos (volver a introducir el residuo).
- Registrar novedades relacionadas con la administración enteral en el sistema AS 400, sección Informe de Enfermería.
- Descartar en el sistema los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.3.1.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

- Ajustar la velocidad de administración entre 45 minutos a 3 horas.
- Realizar el lavado de la sonda con 25 ml de agua para que el Nutritubo quede permeable.
- Mantener la bolsa de administración limpia mediante lavados después de cada uso.
- Mantener las fórmulas nutricionales en lugar seco, no expuestas al sol y a temperatura ambiente. Los productos nutricionales no deben permanecer abiertos más de 12 horas.



- Vigilar la aparición de vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc. si aparecen comunicarlo al médico.

#### **4.3.1.8. ESTÁNDAR**

- Cambiar la bolsa del sistema de alimentación cada día y colocar el nombre del usuario.
- Meta: 100 %

## **4.3.2. ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMIA**

### **4.3.2.1. DEFINICION**

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

### **4.3.2.2. OBJETIVO**

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

### **4.3.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.

### **4.3.2.4. MATERIAL**

- Sonda de alimentación enteral (Gastrostomía / Yeyunostomía).
- Fórmula de Nutrición Enteral.
- Jeringa de 50 ml con pico
- Vaso con agua.

### **4.3.2.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Identificar e informar al usuario el procedimiento a realizar.
- Pinzar la sonda y retirar el tapón accesorio
- Conectar la jeringa vacía a la sonda y despinzar.
- Aspirar comprobando si hay residuo.

- Si no hay residuo, administrar la dieta muy lentamente o por medio de goteo al ritmo indicado.
- Una vez administrada la dieta, lavar la sonda con 20 a 30 ml de agua.
- Ocluir la sonda.
- Lavar la bolsa de administración de la fórmula de Nutrición Enteral.
- Descargar en el sistema AS 400 los insumos utilizados en el usuario.

#### **4.3.2.6. ESTÁNDAR**

- Cambiar la bolsa del sistema de alimentación cada día y colocar el nombre del usuario.
- Meta: 100 %

### **4.3.3. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT)**

#### **4.3.3.1. DEFINICIÓN**

La Nutrición Parenteral consiste en la infusión intravenosa de una solución hiperosmolar que contiene agua, vitaminas, minerales, electrolitos y aminoácidos, a través de un catéter de alto calibre.

#### **4.3.3.2. OBJETIVO**

- Administrar la Nutrición Parenteral Total al usuario bajo medidas de asepsia y antisepsia.

#### **4.3.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Personal de Farmacia.

#### **4.3.3.4. EQUIPO**

- Bomba de infusión.
- Soporte metálico.

#### **4.3.3.5. MATERIAL**

- Charol de acero inoxidable.
- Bolsa de preparado de Nutrición Parenteral Total con los datos de identificación del usuario.
- Equipo de bomba de infusión.
- Guantes estériles.
- Láminas empapadas en alcohol.

- Paquetes de gasa.

#### **4.3.3.6. PROCEDIMIENTO**

- El personal de farmacia debe proveer al servicio la bolsa de Nutrición Parenteral para el usuario.
- Higiene de manos.
- Comparar la identificación del usuario con el rótulo de la bolsa de Nutrición Parenteral Total.
- Antes de conectar la alimentación, comprobar la permeabilidad del catéter central con suero fisiológico.
- Insertar asépticamente la bolsa de NPT en el equipo de administración intravenoso.
- Escribir la fecha en el rótulo del equipo de bomba de infusión.
- Ajustar la velocidad de infusión prescrita en la bomba y comenzar la infusión de goteo.
- Una a 2 horas antes de finalizar el ciclo de NPT, disminuir la velocidad de la infusión a la mitad con la finalidad de evitar hipoglucemia de rebote.
- Llevar control de signos vitales, ingesta / eliminación, control de glicemias.
- Registrar: fecha de comienzo, tolerancia, ritmo y respuesta del usuario.
- Descartar en el MIS los insumos utilizados.

#### **4.3.3.7. CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- Utilizar una luz del catéter sólo para NPT. No utilizar para administrar fármacos, hemoderivados, soluciones o tomar la presión venosa central.
- Controlar peso diario del usuario.
- Controlar glicemias capilares.
- Administrar la nutrición siempre por bomba de infusión.
- Seguir estrictas medidas de asepsia en cualquier manipulación.

- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente, si esto ocurriera se administrará suero glucosado al 10 % al mismo ritmo para evitar hipoglucemias.
- Las soluciones cuyo color haya cambiado, desecharlas.
- Realizar curación del Catéter Venoso Central cada 72 horas y observar signos y síntomas de inflamación e infección. Si es positivo informar al personal médico para considerar su retiro.

#### **4.3.3.8. ESTÁNDAR**

- La administración de la Nutrición Parenteral Total se realizará con técnica estéril.
- Meta: 100 %

## **4.4. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACION**

### **4.4.1. MEDICION DE DIURESIS**

#### **4.4.1.1. DEFINICIÓN**

Cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el usuario en un periodo de tiempo determinado.

#### **4.4.1.2. OBJETIVO**

- Determinar la cantidad y características físicas de la orina para control del balance hidroelectrolítico.

#### **4.4.1.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería.

#### **4.4.1.4. EQUIPO**

- Soporte para bolsa recolectora de orina.
- Chatas / Urinal masculino.
- Probeta graduada para medición.

#### **4.4.1.5. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Bolsa recolectora de orina.
- Pañal.

#### **4.4.1.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar al usuario sobre la necesidad del control de diuresis.
- Solicitar la colaboración del usuario para que no realice micciones en el inodoro.
- Colocarse los guantes de manejo.
- Colocar chatas en usuaria femenina.
- Colocar o asistir con el urinal al usuario masculino.
- Verter la orina en la probeta graduada medir y desechar en el inodoro.
- Si el usuario está con catéter uretral, vaciar la bolsa y anotar la cantidad de orina en el registro de ingesta y eliminación.
- El personal Auxiliar de Enfermería debe realizar cambio de los guantes de manejo en cada usuario.
- Recoger el material y desechar los guantes en el tacho de basura contaminado.
- Informar a la Enfermera / o la cantidad de diuresis por turno, para su registro en el sistema AS 400, sección Ingesta y Eliminación.
- La Enfermera /o registrará las características de la orina en el Informe de Enfermería del sistema.

#### **4.4.1.7. CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- Los adultos y niños que no controlan esfínteres, se medirá por el sistema de doble pesada, pesar pañal seco, luego el mojado y restar el primero al segundo y anotar.
- El cambio de la bolsa recolectora de orina se realizará cada 5to. día.
- La catéter uretral debe cambiarse cada 10 días.
- En usuarios con catéter uretral, la higiene perineal debe ser minuciosa.
- Para recolectar muestra de orina, se debe realizar aseo perineal previo e indicar al usuario tomar la muestra del chorro medio.
- Si el usuario tiene colocada catéter uretral, pinzar la sonda dos horas previas y tomar la muestra directamente de la sonda, no de la bolsa recolectora.



**4.4.1.8. ESTÁNDAR**

- El personal Auxiliar de Enfermería se realizará cambio de guantes de manejo en cada usuario que se mida la diuresis.
- Meta: 100 %

## **4.4.2. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENEMAS EVACUANTES**

### **4.4.2.1. DEFINICIÓN**

Introducción de una solución líquida en el recto o colon sigmoideo a través del recto, con una cánula, con fines terapéuticos o diagnósticos.

### **4.4.2.2. OBJETIVO**

- Facilitar el reblandecimiento y expulsión de las heces favoreciendo la limpieza del intestino.

### **4.4.2.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería

### **4.4.2.4. EQUIPO**

- Chatas.
- Soporte metálico.

### **4.4.2.5. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Mascarilla doble capa.
- Protector de cama.
- Lubricante hidrosoluble.
- Funda de enema para preparación.
- Paños húmedos.
- Agua tibia.
- Solución jabonosa.

#### **4.4.2.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevar a la unidad del usuario.
- Colocarse guantes de manejo.
- Identificar al usuario, explicar el procedimiento y solicitar su colaboración.
- Proporcionar intimidad al usuario.
- Informar al usuario la importancia de retener todo el tiempo posible el enema y que puede sentir molestias abdominales.
- Colocar el protector de cama.
- Situar al usuario en posición de Sims.
- Recomendar al usuario que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.
- Purgar el sistema y pinzarlo.
- Introducir la sonda suavemente de 7 a 10 cms. y mantenerla sujeta. Abrir la pinza reguladora hasta que el líquido penetre lentamente.
- Comunicar a la Enfermera de turno la efectividad del enema y las características del contenido evacuado.
- La Enfermera descargará los insumos utilizados en el usuario a través del sistema AS 400 y registrará en su Informe de Enfermería el procedimiento realizado.

#### **4.4.2.7. CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- Verificar que la administración del enema evacuante sea una indicación médica.
- No elevar el sistema irrigador más de 45 cms. por encima del recto del usuario.
- En caso de no disponer de la funda de preparación de enema, utilizar sonda rectal e irrigador de acero inoxidable.
- Contraindicaciones del procedimiento: sospecha de obstrucción intestinal, dolor abdominal agudo, amenaza de parto prematuro, y usuarios cardíacos.

**4.4.2.8. ESTÁNDAR**

- Para la administración de enemas evacuantes se utilizará material desechable.
- Meta: 100 %

### **4.4.3. PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER URETRAL EN USUARIO FEMENINO**

#### **4.4.3.1. DEFINICIÓN**

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

#### **4.4.3.2. OBJETIVO**

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria y controlar la cantidad de orina.

#### **4.4.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

#### **4.4.3.4. EQUIPO**

- Chatas.

#### **4.4.3.5. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Guantes estériles.
- Mascarilla doble capa.
- Catéter uretral / Sonda Nelaton estéril (tipo y número según necesidad).
- Sistema colector de orina cerrado.
- Frasco recolector de orina.
- Lubricante hidrosoluble.

- Suero Fisiológico.
- Jeringuillas de 10 ml.
- Ampolla de agua destilada.
- Esparadrapo.

#### **4.4.3.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar material y llevar a la unidad de la usuaria.
- Preservar la intimidad de la usuaria y solicitar su colaboración.
- Explicar procedimiento a la usuaria. La inserción de la sonda puede provocar sensación de orinar, y posiblemente, sensación de ardor.
- Colocarse guantes de manejo y realizar higiene de los genitales.
- Colocar a la usuaria en posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y rotadas hacia fuera.
- Retirarse los guantes de manejo.
- Preparar el campo estéril depositando el material estéril que se va a utilizar.
- Colocarse guantes estériles y mascarilla.
- Conectar la sonda al sistema colector cerrado.
- Lubricar la punta de la catéter uretral.
- Identificar el meato urinario e introducir la sonda suavemente hasta que salga orina.
- Inflar el bag con 8 a 10 ml de agua destilada estéril.
- Fijar la catéter uretral en la cara anterior del muslo con esparadrapo.
- Retirarse los guantes y desechar el material utilizado en los recipientes correspondientes.
- Rotular la catéter uretral y el sistema colector cerrado de orina con la fecha de colocación. Utilizar marcador permanente negro o azul.
- Registrar el procedimiento realizado en el Informe de Enfermería del sistema AS 400 y descargar los insumos utilizados.

#### **4.4.3.7. ESTÁNDAR**

- Utilizar sistema colector cerrado de orina en todos los usuarios con catéter uretral.
- Meta: 100 %

#### **4.4.4. IRRIGACIÓN VESICAL**

##### **4.4.4.1. DEFINICIÓN**

La irrigación vesical es un procedimiento que consiste en la introducción de líquido en la vejiga y su posterior extracción, bien de forma continua o intermitente, a través de la catéter uretral.

##### **4.4.4.2. OBJETIVO**

- Restablecer la permeabilidad de la catéter uretral siempre que se sospeche que esté obstruida por coágulos, restos quirúrgicos, moco, etc.

##### **4.4.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o
- Auxiliar de Enfermería.

##### **4.4.4.4. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Glicina o Solución Salina.
- Catéter uretral de tres vías.
- Soporte metálico.

##### **4.4.4.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevarlo a la unidad del usuario.
- Explicar el procedimiento al usuario y solicitar su colaboración.
- Conectar la Glicina o Solución Salina al equipo de venoclisis y adaptar a la catéter uretral en el extremo libre.



- Verificar que la solución fluya y no existan fugas de solución.
- Mantener la irrigación continua o intermitente de acuerdo a prescripción médica.
- Solicitar al personal Auxiliar de Enfermería la medición frecuente del débito evitando que la bolsa recolectora de orina se llene.
- Pinzar el sistema si se ha de elevar la bolsa por encima del nivel del cuerpo del usuario.
- La Enfermera verificará las características de la orina y documentará en el Informe de Enfermería del sistema AS 400.
- En caso de obstrucción de la sonda, comunicar al personal médico.
- Llevar un estricto control de Ingesta y Eliminación.
- Descargar los insumos utilizados en el usuario en el sistema AS 400.

#### **4.4.4.6. ESTÁNDAR**

- Utilizar sistema colector cerrado de orina en todos los usuarios con catéter uretral.
- Meta: 100 %

## **4.5. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CONFORT DEL USUARIO**

### **4.5.1. BAÑO DEL USUARIO ENCAMADO**

#### **4.5.1.1. DEFINICION**

Aseo corporal proporcionado por el personal de Enfermería que brinda limpieza y comodidad al usuario encamado.

#### **4.5.1.2. OBJETIVO**

- Mantener limpia la piel del usuario, proporcionando al usuario comodidad y bienestar.

#### **4.5.1.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

#### **4.5.1.4. EQUIPO**

- Lencería.
- Balde con agua tibia.
- Lavacara.
- Semiluna.
- Útiles de aseo del usuario.

#### **4.5.1.5. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Baño líquido.

- Toalla.
- Bata de usuario.
- Alicate y cortaúñas.
- Crema hidratante.

#### **4.5.1.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevar a la unidad del usuario.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Solicitar la colaboración del usuario, de acuerdo a su condición.
- Mantener la temperatura del agua 35-36°C (temperatura ambiente 24-25°C).
- Colocarse los guantes de manejo.
- La ropa sucia introducirla en bolsas de ropa sucia (no tirarla al suelo).
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias en orden cefalocaudal.
- Realizar shampoo en cabello utilizando lavacara. Comprobar que no exista contraindicación médica para este procedimiento.
- Lavar la cara con agua y sin jabón. Secar.
- Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. Se ha de enjabonar friccionando suavemente con movimientos circulares.
- Acercar la lavacara a las manos del usuario y verter agua para que se lave las manos; luego secar.
- Continuar lavando el tórax y el abdomen. Enjuagar y secar.
- Lavar extremidades inferiores, prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
- Lavar genitales y zona anal. Enjuagar.
- Secar bien la piel.
- Lubricar la piel con crema realizando masaje y fricciones en la espalda.
- Masajear las zonas sometidas a presión y realizar cambios posturales en usuarios que no se pueden movilizar por sí mismos.
- Vestir al usuario con el pijama limpio.

- Peinar al usuario y facilitarle sus artículos de aseo personal.
- Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
- Utilizar guante cosmético que contiene jabón, si se dispone en el servicio.
- Informar a la Enfermera de turno los insumos utilizados para su descargo.

#### **4.5.1.7. ESTÁNDAR**

- Se realizará el aseo corporal completo a todo usuario encamado.
- Meta: 100 %

## **4.5.2. ASEO PERINEAL**

### **4.5.2.1. DEFINICION**

Es el procedimiento que se realiza al usuario con ciertas limitaciones y consiste en el lavado de los genitales externos y de la región perineal.

### **4.5.2.2. OBJETIVO**

- Proporcionar confort al usuario y mantener limpia la región perineal.

### **4.5.2.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería

### **4.5.2.4. EQUIPO Y MATERIAL**

- Chatas.
- Pinza aro.
- Torundas de algodón.
- Paquetes de gasa.
- Solución antiséptica (Clorhexidina al 2%: 10 ml en 100 ml de agua).
- Jarra de acero inoxidable con agua tibia.
- Guantes de manejo.
- Protector de cama desechable.

### **4.5.2.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Preparar el equipo y llevar a la unidad de la usuaria.
- Brindar privacidad a la usuaria y cubrirla con la sábana superior.
- Proteger la cama con protector desechable.

- Colocar la Chata verificando su posición para evitar derrames.
- Con una mano tomar la pinza de aro con torunda de algodón, con la otra mano verter la solución antiséptica líquida sobre los genitales de arriba hacia abajo.
- Lavar el monte de Venus con movimientos rotatorios de arriba hacia abajo y luego desecharlo.
- Separar los labios para proceder y lavar de adentro hacia fuera. Enjuagar a chorro con abundante agua.
- Ubicar a la usuaria en decúbito lateral y lavar la zona que va desde la vagina al ano. Enjuagar con agua abundante y secar.
- Si la usuaria utiliza pañal, secar con pañitos húmedos y realizar el cambio del mismo.
- Retirar la Chata y colocarla en la parte inferior del coche de lencería para su posterior lavado y desinfección.
- Informar a la Enfermera de turno los insumos utilizados para su descargo.

#### **4.5.2.6. HIGIENE EN HOMBRES**

- Colocar al usuario en posición decúbito supino, retirar la piel que cubre el glande para lavarlo. Enjuagar con agua abundante y no secar.
- Limpiar la zona superior y los lados de los testículos. Enjuagar con agua abundante y secar bien.
- Ubicar al usuario en decúbito lateral y limpiar los testículos y el ano. Enjuagar con agua abundante y secar.
- Si el usuario utiliza pañal, secar con pañitos húmedos y realizar el cambio del mismo.

#### **4.5.2.7. ESTÁNDAR**

- Se realizará el aseo perineal a todo usuario encamado.
- Meta: 100 %

### **4.5.3. CAMBIOS DE POSICIÓN AL USUARIO ENCAMADO**

#### **4.5.3.1. DEFINICIÓN**

Conjunto de actividades que se practica de forma regular y periódica para movilizar al usuario que no puede realizarlas por sí mismo para mantener la integridad cutánea.

#### **4.5.3.2. OBJETIVO**

- Realizar cambios posturales frecuentes en el usuario para evitar las Úlceras por Presión o de Decúbito (escaras), mejorando el tono muscular, la respiración y la circulación.

#### **4.5.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería

#### **4.5.3.4. EQUIPO Y MATERIAL**

- Cama / camilla.
- Sábanas.
- Soportes de gel de poliuretano.
- Barandas.
- Guantes de manejo.

#### **4.5.3.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Colocarse guantes de manejo.
- Informar al usuario sobre la técnica a realizar, si su condición lo permite.

- Proteger la intimidad del usuario.
- Frenar las ruedas de la cama y colocar la cama en posición horizontal.
- El personal de Enfermería debe colocarse a ambos lados de la cama.
- Proteger vías, drenajes y/o sondas y otros dispositivos que esté colocado el usuario.
- Una vez que hayamos decidido la nueva postura, colocar al usuario en la posición deseada evitando tirones y movimientos bruscos.
- Colocar soportes de gel de poliuretano bajo la espalda cuando se ubica al usuario en decúbito lateral, para evitar que involuntariamente adopte la posición decúbito supino.
- Colocar soportes de gel de poliuretano entre las piernas del usuario, mismas que deben estar flexionadas para evitar el roce entre las articulaciones.
- Asegurarse que la sábana esté bien estirada y que no existan arrugas que puedan lesionar la piel.
- Elevar las barandas de seguridad de la cama para evitar caídas.
- Valorar las características de la piel del usuario.

#### **4.5.3.6. CONSIDERACIONES ESPECIALES**

- Vigilar el estado general del usuario durante su movilización.
- El personal que realiza el cambio postural, debe adoptar una postura correcta para evitar lesiones de espalda (posición de banqueta).
- Registrar en el Informe de Enfermería las novedades relacionadas con cambios en la piel del usuario tales como zonas de presión y laceraciones. En caso de encontrarlas, informar al personal Médico.

#### **4.5.3.7. ESTÁNDAR**

- El personal de Enfermería realizará el cambio de posición al usuario encamado cada dos horas para mantener la integridad de la piel.
- Meta: 100 %



#### **4.5.4. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN USUARIOS HOSPITALIZADOS**

##### **4.5.4.1. DEFINICIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud, una caída “Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad”.

##### **4.5.4.2. OBJETIVO**

- Evitar las caídas en usuarios hospitalizados y los daños severos que pueda ocasionar.
- Aumentar la Seguridad del Usuario.

##### **4.5.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

##### **4.5.4.4. EQUIPO**

- Cama.
- Mesa Auxiliar.
- Timbre.
- Barandas.
- Dispositivos de ayuda: andadores, muletas, bastones, en caso necesario.

##### **4.5.4.5. USUARIOS DE RIESGO**

- Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74 años.

- Usuarios con alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, que reciben medicación psicotrópica, antihipertensiva o más de 4 medicamentos, menores de 6 años, usuarios en preanestesia y postoperatorio inmediato.
- Se recomienda utilizar la Escala de Downton, en la que un puntaje mayor a 2 puntos nos indica un alto riesgo de caída del usuario:

Cuadro 4

## Escala de Riesgo de Caídas Downton

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
<b>Total Puntaje</b>		

Fuente: Direcci3n Enfermera Salud Madrid 2012

## 4.5.4.6. PROCEDIMIENTO

- Higiene de manos.
- Valorar el riesgo de ca3da del usuario, utilizando la Escala de Downton.
- Acondicionar la estancia seg3n necesidades del usuario, proporcionando mobiliario adecuado para la comodidad y seguridad del usuario y evitando obst3culos que favorezcan el riesgo de ca3das.
- Comprobar que las ruedas de las sillas, camas y otros dispositivos se encuentren bloqueadas. La cama debe estar en posici3n baja.
- Mantener las barandas de la cama elevadas.

- Proporcionar luz adecuada y que no deslumbre al usuario. Por la noche mantener una luz difusa en la habitación.
- Colocar los objetos, pertenencias y dispositivos de ayuda al alcance del usuario sin que tenga que hacer esfuerzo (andador, bastón, muletos).
- Ubicar el timbre en un lugar cercano al usuario.
- En usuarios que pueden deambular, recomendar el uso de calzado adecuado (antideslizante y ajustado al pie para que no se salga), y ropa ajustada al cuerpo para evitar que se enganche en algún saliente si es demasiado holgada o le está larga o se la pisa.
- Vigilar y ayudar a la deambulación del usuario inestable.
- Instruir al usuario para que pida ayuda si necesita moverse.
- Enseñar al usuario a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Responder cuanto antes a la llamada del paciente para limitar el número de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.
- Procurar el acompañamiento de un familiar en usuarios seniles o de riesgo de caídas.
- Monitorizar y observar frecuentemente a los usuarios de riesgo de caídas.
- En caso de que el usuario sufra de alguna caída, se propone la utilización del Formulario de Registro de Caídas.

#### **4.5.4.7. ESTÁNDAR**

- La Enfermera / o valorará el Riesgo de Caída del usuario y lo reportará en el Formulario correspondiente.
- Meta: 100 %

#### **Cuadro 5**

#### **Formulario de Registro de Caídas**

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN" COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA FORMULARIO DE REGISTRO DE CAÍDAS		
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>SERVICIO</b>	
<b>FECHA DE LA CAÍDA</b>	<b>HORA DE LA CAÍDA</b>	
DATOS PREVIOS A LA CAÍDA		
Estado de Conciencia	Orientado	
	Confuso	
	Desorientado	
	Agitado	
Estado Físico	Independiente	
	Dependiente Leve	
	Dependencia Moderada	
	Dependencia severa	
Déficit Sensorial	Totalmente Dependiente	
	No	
	Auditivo	
	Visual	
Caídas en el último año	Sí	
	No	
Medidas de Protección previas a la caída	No	
	Barandillas	
	Amarras	
	Presencia de familiar	
Medicación relacionada	Ninguna	
	Sedantes	
	Diuréticos	
	Hipotensores no diuréticos	
	Antiparkinsonianos	
DATOS DE LA CAÍDA	Antidepresivos	
	Ubicación del usuario en el momento de la caída	Cama
		Sillón
		Baño
		Otros
Actividad que realizaba en el momento de la caída	Deambulación	
	Al levantarse	
	Al acostarse	
	Al ir al baño	
DATOS DESPUÉS DE LA CAÍDA		
Lesión	Sin Lesión aparente	
	Contusión	
	Erosión	
	Herida	
	Fractura	
Localización	Alteración de la conciencia	
Cuidados	Vigilancia	
	Sutura	
	Curación	
	Otros	
Aviso facultativo	Sí	
	No	
Estudios complementarios	Sí	
	No	
<b>ENFERMERA RESPONSABLE</b>		

## **4.5.5. CUIDADOS POST MORTEM**

### **4.5.5.1. DEFINICIÓN**

Proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al usuario fallecido en el hospital.

### **4.5.5.2. OBJETIVO**

- Preparar al cadáver para su traslado a la Morgue.

### **4.5.5.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

### **4.5.5.4. EQUIPO**

- Batas y sábanas descartables.
- Coche de curaciones.

### **4.5.5.5. MATERIAL**

- Útiles de aseo.
- Guantes de manejo.
- Pulsera de identificación.
- Mascarilla descartable.
- Venda de gasa.
- Esparadrapo.

### **4.5.5.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes de manejo.
- Comenzar los cuidados Post-Mortem después de la confirmación del fallecimiento por parte del médico.
- Preservar la intimidad de la familia manteniendo un ambiente tranquilo.
- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido.
- Retiro de sondas, drenajes y dispositivos intravenosos.
- Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.
- Colocar bata descartable.
- Taponar orificios utilizando gasa o torundas de algodón.
- Cerrar los ojos y mantener la mandíbula cerrada ayudándose de la venda de gasa.
- Colocar manilla de identificación del fallecido.
- Ubicar al fallecido en decúbito supino, brazos a ambos lados del cuerpo, palmas de las manos hacia abajo y tobillos juntos.
- Envolver en una sábana descartable y mantener el cuerpo alineado.
- Poner etiqueta identificativa sobre la sábana con esparadrapo en el que constarán nombres completos del usuario, número de historia clínica, fecha y hora de defunción.
- Recolectar la historia clínica del usuario para su registro en el censo diario.
- Registrar el Informe de Enfermería en el sistema AS 400.

## **4.6. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**

### **4.6.1. LOS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS (OMS)**

#### **4.6.1.1. ANTES DE TOCAR UN PACIENTE**

- **¿Cuándo?** Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
- **¿Por qué?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.

#### **4.6.1.2. ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA / ASÉPTICA**

- **¿Cuándo?** Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia / aséptica.
- **¿Por qué?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.

#### **4.6.1.3. DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES**

- **¿Cuándo?** Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
- **¿Por qué?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

#### **4.6.1.4. DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE**

- **¿Cuándo?** Lávese las manos después de tocar un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.

- **¿Por qué?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

#### **4.6.1.5. DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE**

- **¿Cuándo?** Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
- **¿Por qué?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

#### **4.6.1.6. DIAGRAMA**





Figura 4. Sus 5 momentos para la Higiene de Manos (OMS 2015)

## **4.6.2. PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS CON JABÓN ANTIBACTERIAL**

### **4.6.2.1. DEFINICIÓN**

**Higiene de Manos.-** Término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos (fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón), con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.

### **4.6.2.2. OBJETIVOS**

- Disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales.
- Prevenir infecciones cruzadas de todo el personal que atiende a usuarios.
- Eliminar restos de suciedad y flora transitoria de la superficie cutánea.

### **4.6.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

### **4.6.2.4. PROCEDIMIENTO**

- Retire sus anillos y reloj para prevenir la acumulación de microorganismos.
- Abrir la llave y regular el calibre del chorro de agua y la temperatura, La duración del lavado está determinado por el grado de contaminación, puede ser de 40 a 60 segundos.
- Mojarse las manos, muñecas y tomar 5 ml de jabón líquido antibacterial presionando el dispensador.
- Con movimientos circulares y firmes empezamos:

- a. Friccionamos palma a palma.
  - b. Palma derecha sobre dorso izquierdo.
  - c. Palma izquierda sobre dorso derecho.
  - d. Palma a palma entrelazando los dedos.
  - e. Fricción de las yemas de los dedos en las palmas de las manos y las uñas porque en ellas se acumulan muchos microorganismos.
  - f. No olvidar de friccionar los pulgares y las muñecas con la mano contraria.
- Enjuagar con abundante agua corriente y frotar en el mismo orden en el que se enjabonó.
  - Secarse las manos y muñecas con toalla de papel. Está contraindicado el uso del secador eléctrico porque esparce los microorganismos, y las toallas de tela porque guardan humedad.
  - Cerrar la llave con la toalla de papel, las mismas que se eliminarán en los recipientes de desechos comunes.
  - Se sugiere realizar la higiene de manos con agua y jabón líquido antibacterial al ingresar y terminar el turno o cuando las manos estén visiblemente sucias o contaminadas con sangres, fluidos corporales, secreciones y después de retirarse los guantes.

#### **4.6.2.5. DIAGRAMA**



Figura 5. Higiene de Manos OMS 2015

### **4.6.3. PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE LOS GUANTES DE MANEJO O EXAMEN**

#### **4.6.3.1. DEFINICIÓN**

El personal sanitario debe usar guantes no estériles, ya sean de goma natural (látex) o de otro material, cuando entre en contacto con la sangre, productos sanguíneos o fluidos corporales del usuario que, por su naturaleza, deben considerarse infecciosos.

#### **4.6.3.2. OBJETIVO**

- Proteger al personal de Enfermería y de salud mediante prácticas seguras en la realización de procedimientos.

#### **4.6.3.3. INDICACIONES PARA EL USO DE GUANTES DE MANEJO**

- Cuando exista la posibilidad de entrar en contacto directo con la sangre del usuario o con otras sustancias potencialmente infecciosas (p. ej., líquidos corporales, sustancias corporales húmedas y saliva [en los procedimientos odontológicos]), las membranas mucosas y la piel dañada del usuario.
- Cuando realice venopunciones o ponga inyecciones intravenosas, debido a la posibilidad de exposición sanguínea en el lugar de la punción.
- Si la piel del profesional sanitario NO está ilesa (p. ej., debido a un eccema o al agrietamiento o la sequedad extrema de la piel).
- Si la piel del usuario NO está ilesa (p. ej., debido a un eccema, quemaduras o infecciones de la piel).

#### **4.6.3.4. PROCEDIMIENTO**

##### **4.6.3.4.1. Colocación de Guantes**

- Sacar un guante de su caja original.
- Tocar sólo la superficie restringida del guante correspondiente a la muñeca (en el borde superior del manguito).
- Colocarse el primer guante.
- Tomar el segundo guante con la mano desnuda y tocar sólo la superficie limitada del guante que corresponda a la muñeca.
- Para evitar tocar la piel del antebrazo con la mano enguantada, gire la superficie externa del guante que se vistió con los dedos cruzados de la mano enguantada, lo que permite al guante de la segunda mano.
- Una vez colocados los guantes, las manos no deben tocar cualquier otra superficie que no esté indicado o definido para su uso.

#### **4.6.3.4.2. Retiro de guantes**

- Tomar el guante con el dedo índice y pulgar a nivel de la muñeca para eliminarlo, sin tocar la piel del antebrazo, y se desprenden de la mano, permitiendo así que el guante a su vez gire de adentro hacia afuera.
- Mantener el guante eliminado en la mano enguantada y deslice los dedos de la mano sin guante interior entre el guante y la muñeca. Retire el segundo guante tirando hacia debajo la mano y doblar en el primer guante.
- Eliminar los guantes en desechos infecciosos.

#### **4.6.4. COLOCACIÓN DE GUANTES QUIRÚRGICOS**

##### **4.6.4.1. DEFINICIÓN**

**Guantes Quirúrgicos:** Son guantes de látex estériles que permiten mantener la asepsia cuando se rompen las barreras naturales de la piel o mucosas. Están indicados en intervenciones quirúrgicas o procedimientos que exigen una técnica aséptica estricta.

##### **4.6.4.2. OBJETIVO**

- Disminuir la transmisión de microorganismos de las manos del personal al usuario durante los procedimientos invasivos que necesitan de técnica estéril.

##### **4.6.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

##### **4.6.4.4. MATERIAL**

- Guantes quirúrgicos.

##### **4.6.4.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Abrir la envoltura externa y tener la precaución de no tocar la envoltura interna.
- Levantar la segunda envoltura de un solo guante.
- Tomar el guante por el dobléz cuidando de tocar solamente la parte interna que va a quedar en contacto con la piel y colocarse.
- Levantar con la mano enguantada la segunda envoltura (aún no tocada).

- Colocar los dedos del guante calzado, debajo del dobléz del otro guante y colocárselo.
- Arreglar los guantes de ambas manos, en la parte de los dedos.
- Realizar el procedimiento.
- Descargar el insumo utilizado en el sistema AS 400.



## **4.6.5. MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL**

### **4.6.5.1. DEFINICIÓN**

**Manejo de Material Estéril:** Procedimiento que realiza el personal de Enfermería para manipular adecuadamente el material estéril y evitar la contaminación de su contenido.

### **4.6.5.2. OBJETIVO**

- Mantener un margen de seguridad en la esterilización del material.

### **4.6.5.3. TALENTO HUMANO**

- Personal de Salud (Médico, Enfermera /o, Auxiliar de Enfermería)

### **4.6.5.4. MATERIAL**

- Material estéril.
- Gorro quirúrgico.
- Mascarilla descartable.

### **4.6.5.5. PRECAUCIONES**

- Higiene de manos antes de manipular material estéril.
- Usar mascarilla y gorro al manejar este tipo de material.
- Mantenerse de frente al campo estéril 20 cms.
- Evitar salpicar con cualquier tipo de solución el campo estéril.
- Nunca alejarse de un campo estéril o darle la espalda.
- Evitar hablar, toser o estornudar sobre el material estéril.
- Evitar transferir objetos sobre el campo estéril.
- Verificar fecha de vencimiento de esterilización (cada 8 días).

- Seleccionar un área amplia, limpia y libre de humedad para la preparación de equipos estériles.
- Cuando se extrae material estéril de un recipiente y no se utiliza, no devolverlo a dicho recipiente y esterilizarlo de nuevo.
- Evitar corrientes de aire provenientes de ventanas, ventiladores, unidades de aire acondicionado u otros dispositivos cerca de campos estériles.
- Trabajar en una superficie a nivel de la cintura.
- Mantener seca la superficie, la humedad puede penetrar hasta el campo estéril y por acción de la capilaridad hacerlo inseguro.
- Abrir los paquetes estériles de tal manera que las orillas de la envoltura queden en sentido opuesto al manipulador para evitar la posibilidad que una superficie estéril toque el uniforme.

#### **4.6.6. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE EQUIPOS ESTÉRILES GRANDES CON DOBLE CUBIERTA**

##### **4.6.6.1. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o
- Auxiliar de Enfermería.

##### **4.6.6.2. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Colocarse gorro y mascarilla.
- Colocar los equipos en superficies firmes o mesas procurando que el lado donde se encuentra la última punta de la envoltura quede frente a la persona que abra el equipo.
- Retirar si el caso lo amerita la cinta testigo.
- Tomar la punta 4 de la envoltura y deslizarla hacia atrás.
- Tomar las puntas laterales 2 y 3 en la mano derecha e izquierda respectivamente para dejarla caer hacia los lados, a fin de no contaminar el contenido de los equipos.
- Tomar la punta 1 por el dobléz y sin tocar a la persona que manipula el equipo dejarla caer hacia adelante y abajo.
- Para manipular el equipo estéril en su doble cubierta hacerlo con pinzas de transferencia o con guantes estériles.

## **4.6.7. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE EQUIPOS ESTÉRILES PEQUEÑOS**

### **4.6.7.1. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o.
- Auxiliar de Enfermería.

### **4.6.7.2. PROCEDIMIENTO**

- Retirar el papel testigo u otros sujetadores del paquete.
- Sostenga con la mano izquierda colocando el dedo pulgar encima del paquete estéril delante de usted.
- Tome por la punta de referencia la cubierta superior y retírela hacia atrás.
- Tome la punta de referencia de la cubierta lateral, tirela hacia fuera y sosténgala entre los dedos de la mano izquierda.
- Retire la segunda cubierta sin pasar la mano sobre el paquete.
- Retire la última cubierta tirándola hacia usted, quedando descubierto el material estéril.
- Sostenga firmemente con la mano izquierda el material estéril, y con la otra sujete las puntas antes de depositarlo en el campo estéril.

## **4.6.8. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE SOLUCIONES**

### **4.6.8.1. DEFINICIÓN**

**Manejo de soluciones:** Es el trasvase de una solución de un frasco o recipiente a otro manteniendo la esterilidad de la misma.

### **4.6.8.2. OBJETIVO**

- Evitar la contaminación de la solución en el paso de un recipiente a otro.

### **4.6.8.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería.

### **4.6.8.4. PRECAUCIONES**

- No tocar con la solución el cuello exterior del recipiente donde se desea trasvasar.
- Después de abrir un tapón o tapa, se sostiene en la mano, o se coloca en el lado estéril (interno) hacia arriba sobre una superficie limpia, de forma que pueda verse su interior.
- El borde externo de la tapa no es estéril, por tal razón se debe tener cuidado con la contaminación de la solución, al manipular la tapa.
- La botella debe sostenerse con la etiqueta en la palma de la mano, para evitar que la solución empape y destiña la etiqueta.
- Verter una pequeña cantidad de la solución en la basura, la solución desechada limpia el borde de la botella.

### **4.6.8.5. PROCEDIMIENTO**

- Destape la botella o recipiente.
- Coloque la tapa boca arriba de tal manera que Usted vea el interior.

- Vierta una cantidad pequeña de la solución en el basurero.
- Proceda a pasarla al otro recipiente.
- Tape el recipiente.
- Si la etiqueta se humedeció proceda a cambiarla.
- Rotular el frasco con la fecha de preparación de la solución.

## **4.6.9. HIGIENE Y DESINFECCIÓN DE LA UNIDAD DEL USUARIO**

### **4.6.9.1. DEFINICIONES**

Consiste en la limpieza y desinfección de la unidad del usuario cuando éste ha sido dado de alta o ha fallecido.

- a. Limpieza:** Es la eliminación física de materia orgánica, polvo y cualquier material extraño de los objetos. La limpieza remueve los microorganismos. Posterior a la limpieza se tiene que proceder a la desinfección.
- b. Desinfección:** Es el proceso que permite eliminar la mayoría de microorganismos en los objetos eliminados.
- c. Desinfección Concurrente.-** Es la aplicación de medidas desinfectantes lo más pronto posible. Se aplica después de la expulsión de las materias infecciosas del cuerpo del usuario, después de la higiene del usuario, y entre atención de usuarios que se realizan procedimientos invasivos.

### **4.6.9.2. OBJETIVO**

- Prevenir y controlar infecciones intrahospitalarias, aplicando medidas de desinfección.

### **4.6.9.3. TALENTO HUMANO**

- Auxiliar de Enfermería.

### **4.6.9.4. EQUIPO**

- Cama / Camillas.
- Veladores.
- Sillas.

- Mesa auxiliar.
- Urinal masculino / Chatas

#### **4.6.9.5. MATERIAL**

- Soluciones detergentes jabonosas.
- Desinfectante (Monopersulfato de potasio o dicloro cianurato de sodio).
- Guantes de manejo.
- Lencería, ropa de cama.

#### **4.6.9.6. PROCEDIMIENTO DESINFECCION CONCURRENTE O PERIÓDICA**

- Higiene de Manos.
- Llevar todo el material y soluciones a ser utilizados Preparar las soluciones según las indicaciones.
- Colocarse los guantes.
- Humedecer el limpión con agua jabonosa o algún detergente, la unidad del usuario deberá limpiarse y desinfectarse diariamente, para evitar que los microorganismos se reproduzcan.
- Inicie la limpieza desde la cabecera de la cama hasta el pie de la misma, continúe por las partes laterales y posteriores de la cama. De arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera de lo más limpio a lo menos limpio.
- Después aplique la solución desinfectante en el mismo orden.
- Desinfecte y limpie todos los mueble móviles y fijos de la unidad del usuario, velador, soporte, gradilla, silla y mesa auxiliar.
- Nunca utilizar el mismo limpión o franela para la limpieza y desinfección.
- Posteriormente lavar el urinal masculino o chatas en el lavachatas o con desinfectante (hipoclorito de sodio).
- Después de 10 minutos aclarar con agua todos los elementos que contengan acero inoxidable. El enjuague evita la corrosión de ciertos elementos.



- Controlar que el personal de limpieza realice diariamente la limpieza y desinfección de los pisos y baño de las habitaciones.
- Cambiar de sábanas y dejar cómodo al usuario o dejar lista la camilla para nuevo procedimiento.
- Dejar en orden todo lo utilizado, eliminar el resto de solución en el vertedero con el grifo de agua abierto.
- Los guantes de manejo depositarles en recipiente de contaminado.
- Realizar higiene de manos.

#### **4.6.10. DESINFECCION TERMINAL**

##### **4.6.10.1. DEFINICIÓN**

La Desinfección Terminal se realiza para después del egreso del usuario, sea por alta o defunción. En las habitaciones de procedimientos se realiza al final de la jornada laboral o el fin de semana.

##### **4.6.10.2. PROCEDIMIENTO**

- Lleve todo el material y soluciones a ser utilizados preparar las soluciones según indicaciones.
- Higiene de manos
- Colocarse los guantes de manejo
- Aflojar la ropa de la cama.
- Retirar almohadas, cobijas, de la unidad del usuario, colocar en un sitio adecuado, no sacudir las sábanas para evitar para evitar la proliferación de microorganismos.
- Empezar limpiando ambos caras del colchón y partes laterales con solución jabonosa o detergente, posteriormente aplicar la solución desinfectante.
- Continuar con la limpieza y posteriormente la desinfección de la cama incluyendo espaldares, parte inferior de la cama, barandales la limpieza se realiza de arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera de lo más limpio a lo más sucio
- De la misma manera proceder con los cables.
- Luego proceder a limpiar el colchón.
- Después de 10 minutos, aclarar con agua todos los elementos que contengan acero inoxidable o hierro (cuando se utiliza sustancia surfactante) el enjuague evita la corrosión.
- Terminar con la limpieza y desinfección del velador, mesa auxiliar, soporte, gradilla, y todo lo utilizado por el usuario durante su estancia hospitalaria.

El urinal masculino y las chatas del usuario lavar en el lavachatas o colocar en un recipiente con solución desinfectante por 5 a 10 minutos en un desinfectante para posteriormente lavar y colocar en el sitio correspondiente.

Limpiar las superficies horizontales ventanas, marcos, umbrales, y limpiar con solución detergente y el cuarto de baño con solución desinfectante para la desinfección con hipoclorito de sodio, o con solución de lejía.

Desinfectar la habitación como del baño.

Realizar la limpieza y desinfección.

Después de haber abierto las ventanas de la habitación del usuario.

Desinfectar el vertedero.

## **4.7. PROTOCOLOS DE AISLAMIENTO EN ENFERMERÍA**

### **4.7.1. AISLAMIENTO POR CONTACTO**

#### **4.7.1.1. DEFINICIÓN**

Es el conjunto de procedimientos que permite la separación de usuarios infectados con germen identificado, en lugares y condiciones tales que permitan cortar la cadena de transmisión de infecciones por microorganismos a través del contacto. El aislamiento de contacto también se lo realiza de manera preventiva en usuarios con larga estadía hospitalaria.

#### **4.7.1.2. OBJETIVO**

- Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa, a fin de prevenir el contagio entre usuarios y personal hospitalario.

#### **4.7.1.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

#### **4.7.1.4. MATERIAL**

- Habitación de aislamiento.
- Jabón antibacterial.
- Toallas de papel.
- Guantes de manejo.
- Delantal quirúrgico descartable.
- Recipiente contenedor con funda roja para las batas utilizadas y otra para los guantes y todo material desechable.
- Urinal masculino / chatas.

#### **4.7.1.5. PROCEDIMIENTO**

##### **4.7.1.5.1. Higiene de Manos**

- Realice higiene de manos según el protocolo. Puede usar agua y jabón o gel desinfectante.
- Insistir a los familiares el lavado de manos.
- Se aconseja realizar el baño diario del usuario con solución de clorhexidina acuosa al 2%, no olvidarse de proteger los oídos.
- El baño del usuario aislado se realiza al último para posteriormente realizar una minuciosa desinfección del cuarto de baño.

##### **4.7.1.5.2. Uso de Guantes de Manejo**

- Los guantes nunca son un sustituto de la higiene de manos.
- Utilizar los guantes de manejo cuando está en contacto con el usuario, cuando realiza un procedimiento o existan sangre, fluidos corporales o está en contacto con objetos contaminados.
- Los guantes deben cambiarse entre la atención y atención de los usuarios aislados.
- Recordar que mientras esté con guantes de manejo no debe utilizar el celular ni tocarse la cara, oídos, etc.
- Realizar Higiene de manos después de retirar los guantes de manejo.

##### **4.7.1.5.3. Uso de Batas protectoras**

- Las batas deben ser usadas para proteger la piel u el uniforme durante los procedimientos que resulten en salpicaduras de sangre, fluidos y secreciones.
- Deben cubrir la parte frontal y posterior del cuerpo así como los brazos.
- Utilizar solamente el personal que se encuentra en contacto directo con el usuario.
- La bata debe ser colocada después de realizar la Higiene de manos.

- Al momento de retirar considerar que la parte delantera de la bata y las mangas están contaminadas, por lo tanto:
  - a. Desatar las cintas.
  - b. Deslizar la bata desde el cuello y los hombros tocando solamente el interior.
  - c. Doblar o enrollar y desechar en recipiente de infecciosos.
- El personal de Enfermería se retirará la bata antes de salir de la habitación y antes de la Higiene de manos.

#### **4.7.1.5.4. Uso de gafas protectoras**

- Las gafas protectoras se utilizarán únicamente al realizar procedimientos que pueden provocar aerosoles o salpicar con sangre, fluidos corporales y secreciones.
- Las gafas pueden ser reutilizadas posterior a su limpieza y desinfección.

#### **4.7.1.5.5. Equipo de Protección personal**

- Secuencia para ponerse el equipo de protección personal:
  - a. Primero colocarse la bata.
  - b. Después colocarse los guantes de manejo.
- Secuencia para quitarse el equipo de protección personal:
  - a. Primero retirarse los guantes de manejo.
  - b. Después retirarse la bata.

#### **4.7.1.5.6. Limpieza y Desinfección de equipo médico**

- El termómetro luego de su uso debe lavarse con agua + jabón y desinfectar con una torunda empapada en alcohol isopropílico.
- Colocar el termómetro en su propio estuche o en recipiente limpio y seco.
- El tensiómetro y fonendoscopio se mantendrá en la habitación del usuario, se limpiará y desinfectará con alcohol isopropílico.

- Se individualizará el charol para la medicación, el urinal masculino y chatas.
- El urinal masculino y chatas serán limpiados y desinfectados en la misma unidad del usuario aislado.
- Los equipos reutilizables deben ser limpiados y desinfectados antes de su uso.
- La limpieza y desinfección son elementos primarios y eficaces, que rompen la cadena epidemiológica de la infección y protegen la salud del personal y de los usuarios.

#### **4.7.1.5.7. Eliminación de Agujas y objetos cortopunzantes**

- Nunca re-encapuchar las agujas. No remover, romper o manipular agujas y jeringuillas con las manos.
- Utilizar en la medida de lo posible equipos e insumos descartables.
- Tener en el charol individualizado un recipiente pequeño rígido y de boca ancha para eliminación de objetos corto punzantes.
- En caso de pinchazo seguir el protocolo de accidentes laborales con corto punzantes.

#### **4.7.1.5.8. Manejo de ropa y lencería**

- Al cambiar la ropa del usuario y de la cama, no sacudir ni poner en el suelo para evitar la diseminación de los microorganismos patógenos a los usuarios, al personal y al medio ambiente.
- Doblar o enrollar con la parte externa hacia afuera.
- Depositar en una funda plástica roja sellada, con el número de piezas y rotular "CONTAMINADA".

#### **4.7.1.5.9. Objetos de uso personal y vajilla**

- Los platos, vasos, tazas y utensilios de comida, retirar en último lugar de los usuarios de aislamiento.

- La habitación debe tener el mínimo de objetos personales. Está prohibido tener ramos de flores en la habitación.
- En horas de visita, el usuario no puede recibir más de un familiar en la habitación. Los familiares se turnarán para ingresar y deben lavarse las manos antes y después de realizar la visita.

#### **4.7.1.5.10. Limpieza y Desinfección de la habitación**

- El usuario estará en una habitación individual o compartirá la misma con otros usuarios que sean portadores del mismo germen infeccioso. Este es el Aislamiento de Cohorte con separación mínima de 1m<sup>2</sup> entre las camas.
- La desinfección terminal se realizará al egresar el usuario, según protocolo.
- Para el caso de derrames accidentales de secreciones, excreciones o fluidos corporales, cubrir éstas con Hipoclorito de sodio al 10%.

#### **4.7.1.5.11. Transporte de los usuarios**

- En el entorno hospitalario los usuarios deben trasladarse lo mínimo necesario para procedimientos o exámenes.
- Al usuario se lo trasladará colocado mascarilla doble capa y se llevará una funda plástica pequeña para colocar los pañuelos desechables.
- La camilla o silla de ruedas en que fue transportado el usuario, debe ser limpiada y desinfectada luego de terminado el procedimiento.

#### **4.7.1.5.12. Educación a los familiares**

- La Enfermera será la responsable de educar sobre las medidas de protección a utilizar en el cuidado del usuario.
- La Auxiliar de Enfermería solicitará apoyo al familiar para el baño y/o eliminación de vómito, orina, heces, utilizando las medidas de protección.
- Todo el personal del servicio está obligado a cumplir con las medidas de aislamiento y hacer cumplir al resto del personal de salud y a los familiares.



- Mantener colocado en la puerta de la habitación la señalética que indica **AISLAMIENTO POR CONTACTO** hasta cuando el usuario termine de ser fuente de contagio.

#### **4.7.1.6. CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES**

- Brinde información a familiares y usuarios afectados sobre el aislamiento de contacto y las medidas protectoras.
- En un contenedor rotulado y con funda roja se eliminará todo el material de desecho dentro de la habitación.
- Evite la diseminación de la contaminación ingresando a la habitación el menor número de veces posible. No sacar ningún equipo ni material de la habitación mientras dure el aislamiento de contacto. Si requiere medir la glucosa, ingresar el glucómetro con doble envoltura de protección y desinfectar luego del uso de tal forma que se evite su manipulación con manos contaminadas.
- Dentro de la habitación debe existir batas y guantes desechables, jabón antibacterial y papel toalla.
- La habitación debe permanecer con la puerta cerrada.

## **4.7.2. AISLAMIENTO RESPIRATORIO POR MICROGOTAS Y POR AIRE**

### **4.7.2.1. DEFINICIÓN**

Las microgotas son generadas por una persona cuando estornuda, habla o bien cuando se realizan ciertos procedimientos, como aspirar secreciones. La transmisión ocurre cuando los microorganismos infectantes son expelidas a corta distancia.

Las medidas de precaución están indicadas en patologías entre ellas: Infecciones meningocócicas invasoras, enfermedad infecciosa por neumococos resistentes a fármacos, neumonía por mycoplasma, pertusis, rubeola, parvovirus B19.

### **4.7.2.2. OBJETIVO**

- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad mediante la aplicación de las normas necesarias para aislamiento respiratorio.

### **4.7.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o.
- Auxiliar de Enfermería.

### **4.7.2.4. MATERIAL**

- Mascarilla descartable.
- Guantes de manejo
- Delantal quirúrgico descartable.
- Gafas protectoras.

### **4.7.2.5. AISLAMIENTO POR MICROGOTAS**

#### **4.7.2.5.1. Higiene de Manos**

- Según protocolo.

#### **4.7.2.5.2. Uso de mascarilla quirúrgica**

- La mascarilla quirúrgica proporciona protección de barrera frente a gotas grandes.
- Previo a la higiene de manos colocarse la mascarilla que cubra la nariz y la boca.
- Sustituir según el tiempo de uso y cuando la respiración sea dificultosa.
- Conservar en lugar limpio y seco para su reutilización durante el turno.
- Retirar la mascarilla en último lugar sin tocar la parte externa de la misma, y nuevamente realizar higiene de manos.
- Insistir al usuario la necesidad de cubrirse la boca y la nariz al estornudar o toser. Los pañuelos desechables colocar en una funda plástica para posteriormente desechar en el recipiente de desechos infecciosos.
- Proporcionar al familiar la mascarilla en el tiempo que ayuda en el cuidado del usuario.
- La bata, los guantes y las gafas utilizarán únicamente al realizar procedimientos que fácilmente pueden salpicar sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones.

#### **4.7.2.5.3. Equipo de protección personal**

- Secuencia para colocarse el equipo de protección personal:
  - a. Colocarse la mascarilla.
  - b. Después colocarse las gafas protectoras.
- Secuencia para quitarse el equipo de protección personal:
  - a. Primero las gafas protectoras.
  - b. Al último la mascarilla.

#### **4.7.2.5.4. Habitación del Usuario**

- Disponer de una habitación con cuarto de baño para el o los usuarios con cortinas lavables.
- La puerta debe mantenerse cerrada y las ventanas abiertas, en lo posible.
- Limitar el ingreso del personal de salud y familiares.
- Las microgotas son producidas cuando el usuario habla, tose o estornuda, y durante algunos procedimientos como aspiración de secreciones o durante la broncoscopía.
- El personal que brinda atención al usuario puede infectarse si las microgotas se depositan en superficies mucosas de su nariz, boca o los ojos.
- Colocar en la puerta de la habitación la señalética de **AISLAMIENTO POR MICROGOTAS**.
- Algunas enfermedades infecciosas transmisibles requieren la aplicación de dos tipos de aislamiento.

#### **4.7.2.6. AISLAMIENTO POR AIRE**

- Ocurre por diseminación de gotas de pequeñas partículas (5 micrones o menos) a través del aire que permanecen suspendidas por largos períodos. Las partículas con microorganismos son transportadas por el aire y son inhaladas por el huésped susceptible.
- Las medidas de precaución contra la aerotransmisión están indicadas específicamente en: tuberculosis (pulmonar o laríngea), sarampión, varicela zoster diseminada documentados o sospechosos.
- Las medidas de precaución son similares a las aplicadas en patologías de aislamiento por microgotas con la única diferencia de que el personal debe utilizar la mascarilla N95 que es un elemento de protección que no deja filtrar microorganismos menores a 5 micras.
- Algunas enfermedades infecciosas transmisibles requieren la aplicación de dos tipos de aislamiento.

### **4.7.3. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA EN USUARIOS EN AISLAMIENTO PROTECTOR**

#### **4.7.3.1. DEFINICION**

El Aislamiento Protector se utiliza para proteger a usuarios inmunodeprimidos, como pueden ser los trasplantados, usuarios que reciben grandes dosis de medicación inmunodepresora, personas con leucemia o personas con leucopenia, neutropenia, que no estén infectados.

#### **4.7.3.2. OBJETIVO**

- Proteger a los usuarios inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existen en el medio hospitalario.

#### **4.7.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

#### **4.7.3.4. MATERIAL**

- Mascarilla N95.
- Guantes de manejo.
- Delantal quirúrgico descartable.

#### **4.7.3.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Habitación individual.

- Colocación de delantal quirúrgico descartable y guantes de manejo, antes de entrar en la habitación. Instruir a los familiares para que realicen el mismo procedimiento antes de ingresar a la habitación.
- Depositar el delantal quirúrgico y los guantes de manejo utilizados en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.
- Realizar higiene de manos con gel antiséptico antes de salir de la habitación.
- Posteriormente realizar lavado de manos.
- Mantener la puerta de la habitación siempre cerrada.

#### **4.7.4. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA EN USUARIOS EN AISLAMIENTO POR YODOTERAPIA**

##### **4.7.4.1. DEFINICIÓN**

La administración por vía oral de Yodo 131, es un procedimiento terapéutico del cáncer de tiroides que se realiza en el servicio de Medicina Nuclear del Hospital.

##### **4.7.4.2. OBJETIVO**

- Evitar exposiciones innecesarias del personal al Iodo y la contaminación del medio hospitalario.

##### **4.7.4.3. TALENTO HUMANO**

- Personal de Medicina Nuclear.
- Personal de Salud (Médicos, Enfermeros, Auxiliares de Enfermería).
- Personal de Limpieza y Dietética.

##### **4.7.4.4. MATERIAL**

- Habitación privada con baño.
- Señalética de Aislamiento por Yodoterapia.
- Biombos emplomados.
- Dosímetro para el personal.
- Recipiente desechable.
- Vajilla y ropa descartable.
- Fundas rojas desechables rotuladas.

##### **4.7.4.5. PROCEDIMIENTO**

- Colocar en la puerta de la habitación la señalética de **AISLAMIENTO POR YODOTERAPIA**.
- Entregar al usuario el tríptico informativo de Yodoterapia.
- Instruir al usuario en el consumo de abundante agua y cítricos durante su estancia hospitalaria.
- Indicar al usuario que debe eliminar dos veces el agua en el inodoro luego de evacuar la vejiga, y tres veces luego de eliminación intestinal.
- Solicitar a los hombres que miccionen sentados.
- Informar al usuario que no recibirán dieta luego de una hora de la ingesta del Iodo 131.
- Instruir al usuario a que deseche el remanente del cepillado dental en el inodoro.
- Lavado de manos constante y baño diario del usuario.
- Restricción de visitas, puerta de la habitación cerrada y en lo posible ventanas abiertas. Prohibido el ingreso de mujeres embarazadas y menores de 18 años.
- En caso de vómito, indicar al usuario que utilice el recipiente con funda roja y comunicar inmediatamente a Medicina Nuclear.
- El contacto directo con los usuarios, por parte del personal de Enfermería y el tiempo de permanencia en las habitaciones será el menor posible.
- Se deberá notificar el servicio de Medicina Nuclear si llegan a ocurrir vómitos dentro de las primeras seis horas después de administrado el Iodo 131, así como también el derramamiento de orina en los dos primeros días.
- La Enfermera/o controlará signos vitales en el turno de la mañana.
- El personal de Limpieza debe estar informado de arreglar las habitaciones y disponer del material exclusivo para estas habitaciones.
- Solicitar la medición de la radiación ambiental en las habitaciones al egreso del usuario.



## **4.8. MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS**

### **4.8.1. DEFINICION**

Los desechos hospitalarios son una mezcla heterogénea de materiales sólidos, líquidos, semisólidos y químicos, con la característica de que son biológico-infecciosos. Sin embargo, en un hospital se generan otros residuos como los genotóxicos que se utilizan para el tratamiento del cáncer, los psicotrópicos que son todos los químicos y los radiactivos.

### **4.8.2. OBJETIVO**

- Establecer los lineamientos para la aplicación y correcto manejo de Desechos Hospitalarios.

### **4.8.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camilleros.
- Personal de Limpieza.

### **4.8.4. MATERIAL**

- Mascarilla descartable doble capa.
- Guantes de manejo y de látex.
- Recipientes con tapa para residuos comunes e infecciosos.
- Recipiente para residuos especiales.
- Bolsas de polietileno de alta densidad de color rojo, negro y amarillo.
- Recipientes rígidos e impermeables para descartar material corto punzante debidamente rotulado.

#### **4.8.5. GENERACIÓN Y SEPARACIÓN**

- Todo el personal miembro del equipo de salud del Hospital “Carlos Andrade Marín”, es responsable de la separación y depósito de los desechos en los recipientes específicos.
- Los desechos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar de generación durante la prestación de servicios al usuario.
- Los objetos corto punzantes deberán ser colocados en recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales.
- Identificar y clasificar el residuo para eliminarlo en el recipiente respectivo.
- Desechar los residuos con un mínimo de manipulación, sobre todo para aquellos residuos infecciosos biocontaminados y especiales.
- Verificar que no se exceda de las dos terceras partes de la capacidad del recipiente.
- En el caso de jeringas descartar en recipiente rígido.
- Separar la aguja de la jeringa, descartar sólo la aguja en el guardián.
- Si el recipiente no cuenta con dispositivo de separación de aguja, eliminar el conjunto (aguja-jeringa) completo.
- Si la jeringa contiene residuos de medicamentos citotóxicos se depositará en el recipiente rígido junto con la aguja.
- Para otro tipo de residuos cortopunzante (vidrios rotos) se deberá colocar en envases o cajas rígidas sellando adecuadamente para evitar cortes u otras lesiones. Serán eliminados siguiendo el manejo de residuo biocontaminado y deben ser rotuladas indicando el material que contiene.

#### **4.8.6. CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS**

Los desechos producidos en establecimientos de salud se clasifican en:

- Desechos generales o comunes.
- Desechos infecciosos.
- Desechos especiales.

#### **4.8.6.1. MANEJO DE DESECHOS GENERALES O COMUNES**

##### **4.8.6.1.1. DEFINICION**

Los desechos generales o comunes son aquellos que no representan un riesgo adicional para la salud humana, animal o el medio ambiente. Serán depositados en recipientes plásticos de color negro con fundas plásticas de color negro. Algunos de estos residuos son reciclables.

##### **4.8.6.1.2. OBJETIVO**

- Establecer lineamientos para el correcto manejo interno y externo de los desechos comunes.

##### **4.8.6.1.3. MATERIAL**

- Tachos negros con tapa y rotulados.
- Funda negra.

##### **4.8.6.1.4. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliares de Enfermería.
- Camilleros.
- Personal de Limpieza.

##### **4.8.6.1.5. DESECHOS COMUNES HOSPITALARIOS**

- Fundas de nutrición enteral, luego de eliminar su contenido en el sumidero.
- Fundas de soluciones parenterales (dextrosas, lactatos, NPT, soluciones salinas) luego de eliminar el líquido en el sumidero.
- Envolturas de material hospitalario, yesos, toallas de papel.

## **4.8.6.2. MANEJO DE DESECHOS INFECCIOSOS HOSPITALARIOS**

### **4.8.6.2.1. DEFINICION**

Los desechos infecciosos son aquellos que contienen gérmenes patógenos que implican un riesgo inmediato o potencial para la salud humana o para el ambiente. Serán colocados en recipientes plásticos de color rojo con fundas de color rojo.

### **4.8.6.2.2. OBJETIVO**

- Establecer lineamientos para el correcto manejo interno y externo de los desechos infecciosos.

### **4.8.6.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camilleros.
- Personal de Limpieza.

### **4.8.6.2.4. MATERIAL**

- Tachos con tapa rojo debidamente rotulados.
- Funda roja.
- Guantes de manejo y de látex.
- Mascarilla descartable doble capa.

### **4.8.6.2.5. CLASIFICACIÓN DE DESECHOS INFECCIOSOS HOSPITALARIOS**

- Cultivos de agentes infecciosos y desechos de producción biológica, vacunas vencidas o inutilizadas, cajas de Petri, placas de frotis u todos los instrumentos utilizados para manipular, mezclar o inocular microorganismos.
- Desechos anatómo-patológicos: órganos, tejidos, partes corporales que han sido extraídas mediante cirugía, necropsia, u otro procedimiento médico.
- Sangre, sus derivados e insumos usados para procedimientos de análisis y administración de los mismos.
- Fluidos corporales.
- Todo material e insumos que hayan sido utilizados para procedimientos médicos y que han estado en contacto con fluidos corporales.
- Batas desechables, mascarillas y botas quirúrgicas.
- Bigoteras, electrodos, esparadrapo, transductores de líneas arteriales o de los catéteres de Swan Ganz, mangueras de los respiradores, tubos endotraqueales.
- Catéteres vasculares centrales y periféricos.
- Gasas, apósitos, láminas de alcohol, gasa vaselinada y todo material de desinfección y curación contaminado con sangre y/o secreciones.
- Sondas vesicales, de aspiración de secreciones, nasogástricas, nutritubos, fundas recolectoras de orina sin residuos de orina.
- Todo tipo de guantes utilizados en procedimientos en contacto con fluidos del usuario.
- Todo tipo de desechos de las habitaciones de aislamiento.

### **4.8.6.3. MANEJO DE DESECHOS CORTOPUNZANTES**

#### **4.8.6.3.1. DEFINICION**

Se denomina material corto punzante a cualquier insumo que pudiese producir una herida por corte o punción al personal que labora en una institución de salud. Por seguridad, cualquier objeto corto punzante debería ser calificado como infeccioso aunque no exista la certeza del contacto con componentes biológicos.

#### **4.8.6.3.2. OBJETIVO**

- Prevenir la transmisión de agentes patógenos que se transmiten por sangre a través de un pinchazo.

#### **4.8.6.3.3. MATERIAL**

- Guardianes.
- Tachos con tapa hermética.

#### **4.8.6.3.4. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería
- Personal Médico.
- Camilleros.
- Personal de Limpieza.

#### **4.8.6.3.5. CLASIFICACIÓN DE CORTOPUNZANTES**

- Agujas hipodérmicas.
- Mandril de catéteres centrales y periféricos.
- Agujas de sutura.

- Bajalenguas y aplicadores.
- Bajalenguas cubiertos de gasa que se emplean en el aseo bucal.
- Ampollas de medicamentos.
- Hojas de bisturí.
- Hojas de rasura.
- Placas porta objetos.
- Puntas de los equipos de venoclisis y microgoteros.
- Guías de los catéteres venosos centrales.
- Guías de los catéteres de alto flujo.
- Guías de las sondas de nutrición enteral.
- Trocares de los tubos torácicos.
- Frascos de medicamentos citotóxicos, así como jeringuilla y aguja de su preparación.

#### **4.8.6.4. MANEJO DE DESECHOS ESPECIALES**

##### **4.8.6.4.1. DEFINICIÓN**

Son generados en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que por sus características físico químicas representan un riesgo o peligro potencial para los seres humanos, animales o medio ambiente.

##### **4.8.6.4.2. OBJETIVO**

- Establecer lineamientos para el correcto manejo interno y externo de los desechos especiales.

##### **4.8.6.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.
- Personal de Limpieza.

##### **4.8.6.4.4. CLASIFICACIÓN DE DESECHOS ESPECIALES HOSPITALARIOS**

- Desechos químicos, inflamables y explosivos.
- Desechos farmacéuticos: restos de medicamentos, frascos de medicinas y las medicinas con fecha vencida o sin identificación. Los más peligrosos son los antibióticos y los medicamentos citotóxicos.
- Desechos radiactivos: Comprenden a los residuos, material contaminado y las secreciones de los usuarios en tratamiento.
- Los desechos líquidos o semilíquidos especiales serán colocados en recipientes resistentes plásticos y con tapa hermética, para su posterior tratamiento en el lugar de generación.



- Los desechos especiales deberán ser depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radiactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales de acuerdo a las normas elaboradas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Los residuos sólidos de vidrio, papel, cartón, madera, plásticos y otros materiales reciclables, no contaminados, serán empacados para su comercialización y/o reutilización y enviados al área de almacenamiento final dentro de la institución.
- Los recipientes para los desechos especiales deberán ser de cartón.

## **4.9. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE CATÉTERES INTRAVASCULARES Y DRENAJES**

### **4.9.1. CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA**

#### **4.9.1.1. DEFINICIÓN**

Inserción de un catéter periférico que permite acceder a la circulación venosa con fines terapéuticos o diagnósticos.

#### **4.9.1.2. OBJETIVO**

- Disponer de una vía intravenosa con fines terapéuticos, diagnósticos y en caso de emergencia.

#### **4.9.1.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o

#### **4.9.1.4. EQUIPO**

- Charol metálico
- Bomba de infusión en caso necesario.
- Recipiente para material corto punzante.
- Tachos de basura para material común y contaminado.

#### **4.9.1.5. MATERIAL**

- Cánula para canalización de vía periférica No. 22G, 20G, 18G. (Catlones).
- Guantes de manejo.
- Mascarilla descartable de doble capa, gafas de protección, delantal descartable en casos de que puedan producirse salpicaduras.

- Torniquete.
- Láminas empapadas con alcohol.
- Esparadrapo / apósito transparente.
- Equipo de venoclisis / Equipo de bomba de infusión.
- Llave de tres vías / Conector de seguridad.
- Solución a administrar.

#### **4.9.1.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de Manos.
- Alistar el material y llevarlo a la unidad del usuario. Ubicarlo en la mesa auxiliar.
- Informar al usuario el procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Colocarse guantes de manejo.
- Colocar al usuario en una posición cómoda.
- Seleccionar la zona y vena a puncionar.
- Colocar el torniquete alrededor del brazo, a 5 cm por encima del punto de punción.
- Realizar la asepsia del sitio de punción con una lamina de alcohol.
- Insertar la cánula hasta que se observe el reflujo de sangre, retirar el torniquete y el mandril. Desechar la aguja en el contenedor de cortopunzantes.
- Conectar a la cánula a la llave de tres vías o conector de seguridad.
- Cubrir la vía y fijar con esparadrapo o apósito transparente.
- Conectar el equipo de perfusión por bomba de infusión; si es equipo de venoclisis, regular el ritmo del goteo de acuerdo a prescripción médica.
- Desechar el material utilizado en los contenedores correspondientes.
- Dejar al usuario cómodo y retirarse los guantes.
- Higiene de manos.

#### **4.9.1.7. ESTÁNDARES**

#### **4.9.1.7.1. Sitio de inserción**

- Cambiar el sitio de venopunción cada 72 horas o antes, si presentara signos de flebitis o infiltración.
- No utilizar venas con flebitis, trombosis, esclerosadas, infiltradas, venas del miembro que corresponde al lado en el que se ha realizado una mastectomía o si tiene una fístula arterio-venosa.
- En cada intento de inserción, utilizar una nueva cánula.
- Reportar pinchazos accidentales de acuerdo al protocolo institucional.

#### **4.9.1.7.2. Equipo de perfusión**

- El equipo de venoclisis debe cambiarse cada 24 horas.
- Rotular el equipo de venoclisis con la fecha de cambio utilizando marcador permanente negro o azul.

#### **4.9.1.7.3. Permeabilidad y Usos**

- Antes de administrar medicación intravenosa, verificar la permeabilidad de la vía periférica.
- La Enfermera/o revisa las condiciones de la vía periférica en cada turno y realiza curación por razones necesarias.
- Para la administración de hemoderivados, de ser posible utilizar una vía periférica canalizada con cánula calibre 18G (adultos).
- No utilizar una vía periférica para la infusión de sustancias hiperosmolares como Nutrición Parenteral, Dextrosa al 50% y Potasio mayor a 60 mEq/litro por el riesgo de flebitis.

#### **4.9.1.7.4. Curación y cuidados**

- La curación de la vía periférica se realizará cuando el esparadrapo o apósito transparente se encuentren mojados, hayan perdido fijación con la piel o se encuentren manchados.
- Para la curación se utilizará láminas empapadas con clorhexidina, utilizando movimientos circulares desde el centro hacia afuera.
- Fijar la cánula con esparadrapo o apósito transparente.
- Rotular la vía periférica con los siguientes datos: fecha de colocación o curación, calibre de la cánula e iniciales de la Enfermera/o que realiza el procedimiento.

## **4.9.2. CURACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**

### **4.9.2.1. DEFINICIÓN**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante el usuario portador de acceso venoso central.

### **4.9.2.2. OBJETIVO**

- Mantener un acceso central permeable y prevenir infecciones.

### **4.9.2.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o

### **4.9.2.4. MATERIAL Y EQUIPO**

- Mesa auxiliar.
- Delantal quirúrgico descartable.
- Gorro Quirúrgico.
- Mascarilla de doble capa.
- Guantes de manejo.
- Guantes estériles.
- Paquetes de gasa estériles.
- Equipo de bomba de infusión, en caso necesario.
- Apósito estéril, transparente con almohadilla.
- Solución antiséptica, clorhexidina acuosa al 2%.

### **4.9.2.5. CUIDADOS DEL PUNTO DE INSERCIÓN Y CAMBIO DE APÓSITO**

- Higiene de manos.

- Preparar el material necesario y colocarlo en la mesa auxiliar de la habitación del usuario.
- Identificar e informar al usuario el procedimiento a realizar.
- Mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- Colocarse gorro quirúrgico, mascarilla y delantal quirúrgico.
- Retirar el apósito utilizando guantes de manejo.
- Abrir la envoltura de los guantes estériles y colocar gasas estériles.
- Colocarse guantes estériles.
- Valorar el punto de inserción del catéter en busca de signos de infección.
- Verter solución de Clorhexidina en las gasas estériles.
- Limpiar la zona iniciando desde el punto de inserción del catéter en forma circular hacia afuera.
- Secar la zona de inserción con gasa seca y colocar el apósito estéril con almohadilla.
- Colocar la fecha de colocación y de curación, así como las iniciales de la Enfermera que realizó la curación.
- Dejar cómodo al usuario y eliminar desechos según clasificación.

#### **4.9.2.6. ESTÁNDARES**

- Cambiar el equipo de bomba de infusión, llave de tres vías y conectores cada 72 horas, y por razones necesarias.
- Rotular con marcador permanente el equipo de bomba de infusión con la fecha de cambio.
- Cambiar los apósitos siempre que estén mojados o despegados.
- Manipular lo mínimo indispensable el Catéter Venoso Central, sea la entrada del mismo, conexiones o sitio de inserción.

### **4.9.3. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE ACESOS VENOSOS DE LARGA DURACIÓN**

#### **4.9.3.1. DEFINICIÓN**

Los Catéteres venosos de larga duración consisten en un sistema de acceso venoso central de implantación subcutánea que contiene una membrana de silicona capaz de soportar múltiples punciones. Son utilizados en usuarios con agotamiento de accesos vasculares y/o tratamientos prolongados como Quimioterapia.

#### **4.9.3.2. OBJETIVO**

- Conseguir un correcto manejo y mantenimiento del Catéter de Larga duración para favorecer su permanencia y disminuir complicaciones.

#### **4.9.3.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.

#### **4.9.3.4. EQUIPO**

- Bomba de infusión.
- Mesa Auxiliar.

#### **4.9.3.5. MATERIAL**

- Aguja de Huber No. 22 o No. 20.
- Apósito transparente 10X12 cm adultos.
- Equipo estéril con: bata, campo grande, campo de ojo, compresa, copita, pinza.
- Paquete de gasa estéril.
- 2 pares de guantes estériles.



- Gorro quirúrgico.
- Jeringuilla de 20 ml para lavar el catéter.
- Jeringuilla de 5 ml para purgar la aguja y llave de tres vías.
- Llave de tres vías.
- Microgotero graduado.
- Equipo de bomba de infusión.
- Solución antiséptica de Clorhexidina.
- Solución isotónica de 1000 ml y de 100 ml.

#### **4.9.3.6. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Explicar al usuario el procedimiento a realizar.
- Colocar mascarilla Enfermera y usuario.
- Retirar la curación anterior con cuidado para no retirar la aguja accidentalmente.
- Observar el sitio de inserción de la aguja para detectar cualquier indicador de infección, fuga de líquido peri aguja, etc.
- Preparar el campo estéril.
- Vestirse con bata y guantes estériles.
- Limpiar el área con gasa empapada de solución con Clorhexidina en forma centrífuga de adentro hacia afuera, sin pasar dos veces por el mismo lugar. Repetir tres veces.
- Colocar parche autoadhesivo con almohadilla.
- Cambiar llave de tres vías, equipo de venoclisis y microgotero.
- Revisar la piel alrededor del parche colocado.
- Colocar rótulo con fecha de colocación del catéter, curación y próximo cambio de aguja.
- Desechar insumos utilizados en los contenedores correspondientes.

##### **4.9.3.6.1. Heparinización**

- Igual procedimiento que se realiza en curación del Catéter.
- Preparar una jeringuilla de 10 ml con solución de heparina (Solución Salina 9 ml + 1 ml de Heparina Sódica).
- Heparinizar cada 30 días el catéter en usuarios que no lo estén utilizando.
- Heparinizar el catéter en usuarios hospitalizados antes de retirar la aguja, al alta del usuario, o cuando sean transferidos a otros servicios.

#### **4.9.3.7. ESTÁNDARES**

- Vigilar posibles sangrados en la zona de inserción y hematomas en el túnel subcutáneo.
- Realizar la primera curación luego de las 24 horas tras la implantación del Catéter de Larga duración.
- Insistir en el usuario la importancia del baño de ducha diario, protegiendo el catéter de la humedad.
- La curación se realiza cada 72 horas conjuntamente con el cambio de equipos y cada seis días cambio de aguja, y cambio de equipos.
- Si los apósitos transparentes se encuentran visiblemente mojados, despegados, manchados de sangre, se realizará la curación sin esperar los tiempos establecidos.
- Canalizar vía periférica y no utilizar el Catéter de Larga duración cuando requiera administrar Epamín o medio de contraste para exámenes de Imagenología.
- No suspender perfusión en caso de que el usuario sea trasladado para exámenes.
- Observar técnica aséptica rigurosa en todo el manejo del catéter.

#### **4.9.4. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE CATÉTER DE HEMODIÁLISIS**

##### **4.9.4.1. DEFINICIÓN**

El catéter de Hemodiálisis es un tubo plástico que se inserta en una vena grande (yugular, subclavia o femoral), con la finalidad de mover sangre del usuario a la máquina de diálisis y viceversa.

##### **4.9.4.2. OBJETIVO**

- Mantener catéteres centrales en condiciones asépticas, garantizando una terapia sostenida por el tiempo que requiera la condición del usuario.

##### **4.9.4.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera /o

##### **4.9.4.4. EQUIPO Y MATERIAL**

- Mesa Auxiliar.
- Guantes de manejo.
- Guantes estériles.
- Paquetes de gasa.
- Solución antiséptica de Clorhexidina.
- Apósitos transparentes con almohadilla.
- Mascarilla descartable doble capa.

##### **4.9.4.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.

- Alistar el material necesario.
- Llevar el equipo y material necesarios a la unidad del usuario.
- Colocar mascarilla Enfermera y usuario.
- Explicar el procedimiento al usuario y solicitar su colaboración.
- Desinfectar la mesa auxiliar con una toalla de papel y alcohol realizando movimientos horizontales.
- Colocarse los guantes de manejo y retirar el apósito que cubre el catéter.
- Desechar el apósito y guantes en el contenedor de tapa roja.
- Abrir los guantes estériles.
- Abrir los apósitos transparentes y colocarlos sobre los guantes estériles.
- Abrir un paquete de gasa y colocarlo en la envoltura de los guantes
- Abrir un segundo paquete de gasa manteniendo la esterilidad del insumo.
- Mojar las gasas que se encuentran con su propia envoltura con solución antiséptica de Clorhexidina.
- Higiene de manos.
- Colocarse los guantes estériles.
- Tomar la rama o ramas del catéter con una gasa mojada en la solución antiséptica de Clorhexidina.
- Utilizando técnica aséptica, limpiar la piel con las gasas empapadas en solución antiséptica en el siguiente orden:
  - La piel bajo el catéter con movimientos horizontales y hacia abajo, deseche la gasa.
  - Con otra gasa, limpiar la piel sobre el catéter con movimientos semiluna, hacia arriba, desechar la gasa.
  - Con la siguiente gasa, limpiar el sitio de inserción, observar el túnel subcutáneo en búsqueda de signos de infección.
  - Inspeccionar la piel del sitio de inserción, en busca de posibles signos de infección: sensibilidad, edema, eritema o drenaje purulento. Comunicar al médico las novedades al respecto.

- Con la última gasa mojada, tomar el catéter desde la parte proximal, eliminar la gasa inicial que sostenía las ramas y limpiar las mismas hacia la parte distal. Tener cuidado de no desclampear las pinzas.
- Eliminar esta gasa y tomar una gasa seca, hacer un corbatín en el sitio de inserción.
- Cubrir con otra gasa las ramas y sellar completamente el catéter con los apósitos transparentes.
- Tener cuidado de no dejar estirada la piel del área, para evitar que se lesione la piel y se desprenda el apósito.
- Etiquetar con la fecha y las iniciales de la Enfermera que realiza la curación.
- Dejar cómodo al usuario.
- Desechar el material utilizado en los contenedores respectivos.

#### **4.9.4.6. ESTÁNDARES**

- Cambiar el apósito siempre que esté mojado, manchado o despegado. Recomendar al personal Auxiliar de Enfermería y usuario, cubrir los apósitos antes de bañarse; luego, valorar la necesidad de curación.
- Lavar la luz del catéter con solución salina cada vez que se administre medicación.
- Tapar los accesos que no se utilicen, conservar siempre las pinzas de clampeo.
- Evitar llaves de tres vías innecesarias.

## **4.9.5. MANEJO DE DRENAJES**

### **4.9.5.1. DEFINICION**

Los drenajes son sistemas de eliminación y evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas desde los diferentes órganos y/o tejidos al exterior. El drenaje de los líquidos se realiza por capilaridad y por aspiración.

### **4.9.5.2. OBJETIVO**

- Vigilar la permeabilidad del sistema de drenaje, valorar las características y medir la producción del líquido drenado.

### **4.9.5.3. TALENTO HUMANO**

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería.

### **4.9.5.4. MATERIAL**

- Guantes de manejo.
- Probeta graduada.

### **4.9.5.5. PROCEDIMIENTO**

- Higiene de manos.
- Informar al usuario sobre el procedimiento y pedir su colaboración si su condición lo permite.
- Utilizar guantes de manejo durante todo el procedimiento.
- Verificar la permeabilidad del drenaje por turno.
- Mantener fijado el dren a la piel del usuario y en la ropa para evitar tracción, movilización o desconexión accidental del dren.

- No permitir que haya fugas o que la manguera del dren se acode.
- Si el usuario tiene más de un sistema de drenaje, rotular de forma que se pueda registrar el drenaje de cada lugar en forma separada.
- Vigilar que el dispositivo o colector este siempre situado por debajo de la altura del punto de inserción del drenaje para evitar reflujos.
- Vigilar en drenes activos que el vacío se mantenga vaciándolo o cambiándolo cuando se llene.
- Vaciar el drenaje cuando alcance un medio o un tercio de su capacidad o esté lleno de aire.
- Vigilar la zona de inserción y fijación del drenaje, la posible aparición de hemorragias e infecciones, así como también vigilaremos los cambios significativos en la calidad y cantidad del débito.
- Mantener apósitos separados para la herida quirúrgica y el sitio del dren.
- En el drenaje Kehr, hay que tener en cuenta que la bilis es muy irritante y es prioritario evitar su contacto con la piel del usuario.
- En los drenajes radón, pera hemovac, hay que tener en cuenta que si se llena el recolector pierde efectividad y capacidad de aspiración.
- Medir el contenido drenado en una probeta graduada, observar sus características y registrarlas en el Informe de Enfermería del sistema AS 400.

## CAPÍTULO V

### 5.1. CONCLUSIONES

- Previa las indagaciones respectivas, se ha actualizado los Procedimientos Generales de Enfermería que constituyen una herramienta importante para la Gestión de Enfermería, su aplicabilidad se refleja en una atención con calidad y calidez al usuario.
- No existen indicadores para evaluar la práctica de la Enfermera/o en la institución, siendo que éstos permiten la evaluación y control de los Procedimientos Generales propuestos.
- Los Estándares de Calidad en los servicios de salud han sido formulados tradicionalmente, muchas veces con ausencia de indicadores y sin una participación directa de los involucrados.
- Los servicios de salud hospitalario deben plantear como prioridad el obtener certificaciones internacionales para garantizar sus procesos de calidad.



## **5.2. RECOMENDACIONES**

- Capacitar e implementar el Manual de Procedimientos Generales para la Gestión de Enfermería en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, para unificar criterios en la atención al usuario.
- En base a los Procedimientos Generales de Enfermería, se recomienda levantar los indicadores de Calidad de Enfermería, y utilizar en la realización de estudios de investigación en Enfermería.
- Reproducir la información contenida en el Manual de Procedimientos Generales de Enfermería, y difundir a todo el personal de Enfermeras/os.
- Implementar procesos de autoevaluación y evaluaciones continuas al personal de Enfermeras/os, sobre Procedimientos Generales y específicos según corresponda al área de desempeño.



## BIBLIOGRAFÍA

- Balderas, M. d. (2012). *Administración de los Servicios de Enfermería*. México: Mc Graw Hill.
- Commission, J. (1996). *Manual para Acreditación de Hospitales*. Barcelona: SG Editores y Fundació Avedis Donabedian.
- Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). Montecristi, Manabí, Ecuador.
- Ecuador, M. d. (01 de 03 de 2004). *Manual Técnico de Hemovigilancia en Bancos de Sangre*. Recuperado el 11 de 02 de 2015, de Ministerio de Salud Pública: salud.gob.ec
- EFQM. (2012). *EFQM*. Recuperado el 22 de 03 de 2015, de <http://www.efqm.es>
- Excelencia Empresarial. (30 de Agosto de 2014). [www.excelencia-empresarial.com](http://www.excelencia-empresarial.com). Recuperado el 21 de Enero de 2015, de <http://www.excelencia-empresarial.com/index.html>
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2005). *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. Barcelona: La Bisbal.
- Gestiopolis. (09 de 11 de 2011). *Gestiopolis*. Recuperado el 3 de 02 de 2015, de [gestiopolis.com: http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia-2/administracion-de-operaciones.htm](http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia-2/administracion-de-operaciones.htm)
- Gomez. (2009). *Enf. uio: santo*.
- Gustavo Malagón Londoño, e. a. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Panamericana.
- Gustavo Malagón, e. a. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Panamericana.
- Henderson, V. (19 de 03 de 2009). *Aprenda en Línea*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/>
- Ingeniería, UNAM-Facultad de. (s.f.). *redyseguridad*. Recuperado el 21 de Enero de 2015, de <http://redyseguridad.fi-p.unam.mx/proyectos/biometria/estandares/estandar.html>
- ISO. (2015). *ISO*. Recuperado el 22 de 03 de 2015, de <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm>
- Joint Comission International. (2014). *Estándares de acreditación para hospitales*. USA: JCI.
- La Enfermería como disciplina profesional holística. (2004). *Revista Cubana de Enfermería*, 20-24.
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente. (03 de 02 de 1995). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Manuel García, e. a. (01 de 12 de 2003). *Biblioteca Central Pedro Zulen*. Recuperado el 15 de 03 de 2015, de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/>
- Marriner, T. (2000). *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Harcourt.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Guía de Práctica Clínica (GPC): Transfusión de Sangre y sus Componentes*. Quito: MSP.

- OCEANO. (2014). *Manual de la Enfermería*. Barcelona: OCEANO.
- Ortega, S. (2009). *Manual de la Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería*. México: Panamericana.
- Ponce Gómez Ghandy, e. a. (2013). Gerencia del Cuidado: experiencia de Enfermería en una institución de Tercer Nivel de Atención del D.F. *Enfermería Neurológica* , 74-78.
- Registro Oficial. (01 de 07 de 2014). MSP. Recuperado el 22 de 03 de 2015, de <http://instituciones.msp.gob.ec>
- Resolución 468 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (30 de Mayo de 2014). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Roberto Hernández Sampieri, e. a. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Roberto Hernández Sampieri, e. a. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Roberto Hernández, e. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW-HILL.
- Rodríguez, A. M. (2005). La Calidad de la acción de Enfermería. *Enfermería Global* , 1-9.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2014). Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. Quito, Ecuador: SENPLADES.
- Social, I. E. (2014). *iess.gob.ec*. Recuperado el 05 de 02 de 2015, de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321613/PMF+HCAM.pdf>
- SOFÍA, H. U. (2001). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería*. Córdoba: Vistalegre-CÓRDOVA.
- Taxonomía Enfermera. (19 de 03 de 2015). *Taxonomía Enfermera*. Recuperado el 19 de 03 de 2015, de [www.taxonomiaenfermera.com](http://www.taxonomiaenfermera.com)
- Thompson, A., & Strickland, A. (1995). *Dirección y Administración Estratégicas*. Madrid: IRWIN.
- Torres, C. A. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Pearson.
- UNESCO. (11 de 10 de 2012). *Red de América Latina y el Caribe de Comités Nacionales de Bioética*. Recuperado el 22 de 03 de 2015, de <http://www.unesco.org.uy>
- Zárate, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *SCIELO* , 56-59.