

Protocolos de Atención para Enfermería

Volumen I



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

Protocolos de Atención para Enfermería

Santo Domingo, D. N.
Marzo 2016

Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolos de Atención para Enfermería, Volumen I

Coordinación editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN: 978-9945-591-38-5

Formato gráfico y diagramación:

Tyrone Then

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

Marzo, 2016



Grupo formulador

Protocolo de atención de enfermería para la seguridad en terapia nutricional especializada

Licda. Silvia I. Tejada

Licda. Juana Solano

Licda. Santa Rita Pimentel

Licda. Luz Caridad Pantaleón

Licda. Clotilde Aquino

Licda. Mercedes De la Cruz

Licda. Eulalia Jiménez

Revisión Externa:

Licda. Dolores Inmaculada Estévez Mármol

Protocolo de atención de enfermería para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado

Licda. Yanet Alt. Carvajal A.

Licda. Agustina Rodríguez

Licda. Dulce P. Filpo S.

Silvia I. Tejada

Revisión Externa:

Dra. Elizabeth Tapia

Protocolo de atención de enfermería para la prevención de bacteremias asociadas a la inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico y venoso central

Silvia I. Tejada

Juana Solano

Santa Rita Pimentel

Yoselina Ng

Altagracia Josefina Ramírez

Minerva Hilario Peralta

Zahiris Gonzales

Revisión Externa:

Luz Caridad Pantaleón Sánchez

Protocolo de enfermería para esterilización de equipos y material quirúrgico

Juana Solano

Yanet Carvajal

Mercedita Reynoso

Agustina Rodríguez

Maritza Pérez

Dulce P. Filpo S.

Silvia I. Tejada

Revisión Externa:

Cecilia Villamán

**Protocolo de atención de enfermería para la
prevención de caída en el adulto mayor hospitalizado**

Silvia I. Tejada
Juana Solano
Paulina Contreras Heredia
Clotilde Aquino
Mercedes De La Cruz
Eulalia Jiménez

Revisión Externa:
Fiordaliza Guzmán

**Protocolo de atención de enfermería para la
prevención y cuidado de úlceras por presión**

Juana Solano.
Daniel Almonte.
Luz C. Pantaleón
Silvia I. Tejada

Revisión Externa:
Licda. Dolores Inmaculada Estévez Mármol

**Protocolo de enfermería para la
promoción de lactancia materna**

Rosa María Reynoso Gil
Asunción Altaigracia Martínez
Miriam Jiménez
Juana Lizardo Salas

Revisión Externa:

Luz Adalgisa Linares Martínez

Dra. Clavel Sánchez

Dra. Martha Nina

Dra. Candida Gil

Revisado por:

Asociación Dominicana de Enfermeras Gradudas

**Unidad de Formulación y Elaboración de
Guías y Práctica Clínica y Protocolos de Atención**

Servicio Nacional de Salud

CONTENIDO

Protocolo de atención de enfermería para la seguridad en terapia nutricional especializada	1
Protocolo de atención de enfermería para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado	15
Protocolo de atención de enfermería para la prevención de bacteremias asociadas a la inserción, mantenimiento y retiro de catéter periférico y venoso central	31
Protocolo de enfermería para esterilización de equipos y material quirúrgico	53
Protocolo de atención de enfermería para la prevención de caída en el adulto mayor hospitalizado	75
Protocolo de atención de enfermería para la prevención y cuidado de úlceras por presión	89
Protocolo de enfermería para la promoción de lactancia materna	105



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

"Año del Fomento de la Vivienda"

000010

30 MAR 2016

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, la leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo. 

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000010

30 MAR 2016

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012. 

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000010

30 MAR 2016

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes protocolos de atención:

1. Protocolo de Atención quirúrgica para Apendicitis Aguda.
2. Protocolo de Atención para Cierre de Colostomía.
3. Protocolo de Atención Quirúrgica para Bocio Tiroideo.
4. Protocolo de Atención para Hernia Inguinal.
5. Protocolo de Atención Quirúrgica para Colelitiasis.
6. Protocolo de Atención para Valorar el Estudio del Receptor de Trasplante.
7. Protocolo de Atención para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP).
8. Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico.
9. Protocolo de Atención para el Manejo del Aborto Espontáneo.
10. Protocolo de Atención durante el Parto Normal.
11. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta.
12. Protocolo de Atención de Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo.
13. Protocolo de Atención de Tratamiento del Cáncer de Mama.
14. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo de Pancreatitis Aguda.
15. Protocolo de Atención para el Manejo de Colitis Ulcerativa.
16. Protocolo de Atención del Manejo de Enfermedad de Crohn.
17. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Crónica.
18. Protocolo de Atención de Manejo de la Enfermedad Celíaca.
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de Hepatitis Crónica por Virus C.
20. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Sangrado Digestivo Alto No Variceal.
21. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Síndrome Diarreico Agudo.
22. Protocolo de Atención del Manejo de la Esclerosis Múltiple.
23. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto.
24. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico en Adultos.
25. Protocolo de Atención a las Urgencias Psiquiátricas en Pacientes Adultos.
26. Protocolo de Atención para el Tratamiento del Trastorno Bipolar.
27. Protocolo de Atención a las Emergencias por Intoxicación al Uso y Abuso de Sustancias.
28. Protocolo de Atención para el Uso de la Terapia Electroconvulsiva.
29. Protocolo de Atención para el Tratamiento de las Esquizofrenias.
30. Protocolo de Atención para el Manejo de los Trastornos Depresivos en el Adulto.
31. Protocolo de Atención de diarrea en niños y niñas menor de 5 años.
32. Protocolo de Atención de Tratamiento de la Sepsis Neonatal.
33. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Síndrome de Dificultad Respiratoria.
34. Protocolo de Atención de neumonía en niños y niñas mayores de 2 meses.
35. Protocolo de Atención para el Uso de la Hormona de Crecimiento.
36. Protocolo de Atención a Niñas y Niños con Sepsis Grave y Choque Séptico.
37. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis.

000010

30 MAR 2016

38. Protocolo de Prevención y Atención para Personas Agredidas por Animales Transmisores del Virus de la Rabia.
39. Protocolo de Actuación en Casos Sospechosos de Enfermedad por Virus del Ebola.
40. Protocolo de Enfermería de Esterilización de Equipos y Material Quirúrgico.
41. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de Caída en el Adulto Mayor Hospitalizado.
42. Protocolo de Atención de Enfermería para la Seguridad en terapia Nutricional Especializada.
43. Protocolo de Atención de Enfermería para la Promoción de Lactancia Materna.
44. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención y Cuidado de Ulceras por Presión.
45. Protocolo de Atención de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor del Paciente Hospitalizado.
46. Protocolo de Atención de Enfermería para Prevención de Bacteriemias Asociadas a la Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Periférico y Venoso Central.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente disposición.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los Treinta (30) días del mes de MARZO del año dos mil dieciséis (2016).



DRA. ALICIA M. DE ZELEN MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD
EN TERAPIA NUTRICIONAL
ESPECIALIZADA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD EN TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA

INTRODUCCIÓN

La alimentación es una de las necesidades básicas que proporciona al cuerpo humano alimentos necesarios, la alteración de esta necesidad por diferentes patologías requiere de un soporte nutricional. Por tanto la Nutrición Parenteral es un método por el cual se administra a los pacientes nutrientes para el mantenimiento y recuperación del paciente sometido a esta modalidad de tratamiento, utilizando un medio de acceso venoso central.

Cada vez más se importantiza el papel de la enfermera en la identificación de las necesidades del paciente, ya que es necesario manejar conocimientos, habilidades y reconociendo necesidades primordiales insatisfechas para mejorar la calidad de vida del paciente.

1. OBJETIVO

Estandarizar las pautas de enfermería necesarias para el correcto accionar al momento de preparar y administrar la alimentación parenteral mejorando la calidad de vida del paciente.

2. EVIDENCIA

Guía de Práctica Clínica Seguridad en Terapia Nutricional Especializada. Nutrición parenteral y nutrición enteral, 2014 Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-713-14.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Profesional de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes ingresados con indicación de aportes calóricos por deficiencias nutricionales, los cuales son preparados por la enfermera.

5. DEFINICIÓN:

a) Seguridad del paciente.

Es el conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos en los procedimientos. (Agency for Healthcare Quality and Research).

b) Nutrición parenteral:

Es la administración de los nutrientes a través de una vía central o periférica.

6. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

6.1 Si la formula esta previamente preparada:

- a. Lavado de manos con solución antiséptica jabonosa.
- b. Limpie el área de trabajo con un paño humedecido con alcohol al 70%
- c. Coloque todos los elementos a utilizar en el área limpia, evitando todo tipo de manipulación innecesaria.
- d. Coloque el gorro y la mascarilla.

6.2 Si la formula no está preparada:

- a. Retire la gasa o cobertura del extremo distal del catéter.
- b. Efectué un segundo lavado de manos con solución antiséptica jabonosa.
- c. Abra la cobertura de los campos estériles.
- d. Coloque la bata estéril
- e. Tome uno de los campos estériles por un extremo y desplegarlo sobre el área de trabajo, evitando contaminarlo durante el procedimiento.

6.3 Preparación de la Formula:

- Realice lavado de manos utilizando técnica antiséptica de manera estricta.
- Utilice ropa adecuada incluyendo gorro, mascarilla y guantes estériles.
- Mantenga una temperatura adecuada entre 24 y 28° C, una buena iluminación.
- Evite las corrientes de aire en el área.
- La NPT (nutrición parenteral total), prepare en la central de mezclas parenterales del establecimiento de salud. Limite el acceso de personal innecesario en el área.
- Disponga a su alcance de todo el material necesario.
- Desinfecte previamente el lugar, los frascos y ampollas que va a utilizar.
- Asegure que los medicamentos sean los indicados por el médico.
- Revise la fecha de vencimiento.
- Mantenga refrigerada a 4 °c la mezcla que no se esté administrando.
- Retírela del refrigerador 15 minutos antes de la infusión.

- Rotule con la fecha y la hora de inicio de la infusión y registre el procedimiento.
- Revise las dosis exactas, y analice la compatibilidad y estabilidad de las mezclas.
- No añada aditivos a la mezcla.
- Abra los envases de todos los elementos a utilizar (set de bomba, filtro, conectores, gasas con solución antiséptica y gasas secas), deposite sobre el campo estéril de manera tal que esté listo para su uso posterior.
- Coloque los guantes estériles.
- Realice la punción de la bolsa con el set de infusión (con el filtro conectado) y purgar el bajante.
- Coloque el 2º campo estéril sobre el paciente, por debajo del catéter. De ser posible se utilizará como intermediario una gasa estéril humedecida con iodopovidona.
- Si el paciente puede colaborar, levante el catéter y lo dejará caer sobre el campo estéril.
- En el caso que el paciente no pueda ayudar, se tomará el catéter con una gasa estéril y se lo apoya sobre el campo.
- Conecte el set de la bomba de infusión al catéter (tome el conector del catéter con una gasa estéril humedecida en solución antiséptica).
- Administre las mezclas dentro de las primeras 24 horas posteriores a su preparación.
- Cierre la unión del set de infusión con el catéter y con la bolsa con gasas secas estériles.
- No extraiga muestras de sangre para exámenes de laboratorio, infusión de fármacos u otras soluciones por la vía del catéter que se administra nutrición parenteral.

- No mida (presión venosa central) P.V.C. por ésta misma vía.

7. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- Frecuencia cardiaca (FC)
- Frecuencia respiratoria (FR)
- Temperatura (T^a)
- Tensión arterial (TA)
- Presión venosa central (PVC)
- Peso al ingreso y cada dos días si es posible
- Comprobar la velocidad de perfusión al menos dos veces por turno y anotar posibles incidencias.
- Realice controles glicémicos al paciente al inicio, tras el cambio de dosis de insulina y cada hora hasta que se estabilicen las glicemias, y una vez estabilizadas cada 6 horas.
- Administrar insulina según la indicación médica prescrita.

8. CUIDADO DE LA VIA DE ADMINISTRACION

- Reduzca al mínimo la manipulación del catéter.
- Utilice una luz del catéter exclusivamente para la administración de nutrición parenteral total (NPT), si el catéter es multilumen utilizar la luz distal.
- Señale la vía por la que se administra la solución
- No extraer muestras de sangre de la luz que se utiliza para administrar nutrición parenteral total (NPT)
- Siga el protocolo del cuidado de vías centrales de la unidad.

9. PRECAUCIONES

- a. Utilice filtro de 0,22 micras cuando la relación calcio-fósforo esté en rango de riesgo, y de 1,2 micras cuando se utilicen lípidos.
- b. Proteja el frasco de la luz, ya que es fotosensible a varias horas de exposición.
- c. Rotule el frasco con el nombre del paciente, número de expediente, fecha de preparación, volumen y concentración de todos los componentes y el flujo del goteo.
- d. Proteja la formula, aplicando las medidas de conservación.
- e. Prepare la formula al momento de administrar, para evitar contaminación o precipitación de la mezcla.

10. SIGNOS DE ALARMA

- a. Enrojecimiento,
- b. Inflamación,
- c. Aumento de la temperatura (comunicar inmediatamente y escribirlo en el record).
- d. Dolor en pecho y hombro.
- e. Inflamación en el brazo cateterizado.
- f. Distensión de las venas del cuello (Avisar al médico y reportar en expediente).

11. MATERIALES Y EQUIPOS

- Solución para nutrición parenteral (total o parcial).
- Equipo de administración I.V.
- Bomba de infusión.
- Filtro I.V. de (1.2 mm para NPT con emulsiones de lípidos, filtro de 0.22 mm para NPT sin emulsión de lípidos).

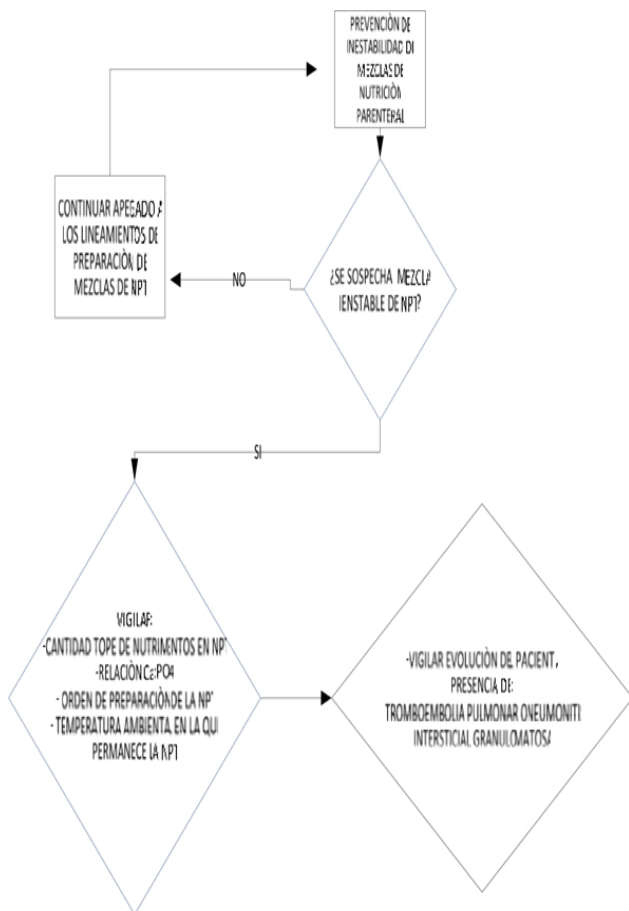
- 2 Campos estériles.
- 2 Guantes estériles.
- 4 Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Etiqueta para solución.
- Bata, gorro y mascarilla.
- Bolsa de alimentación parenteral.

12. ORIENTACION A PACIENTES Y FAMILIARES

- a. Explique signos y síntomas de alarma y manera de prevenirlas.
- b. Valore nivel de conocimiento y la comprensión de todos los puntos.
- c. Eduque sobre complicaciones y acciones inmediatas
- d. Informe que puede mantener el contacto con el personal sanitario especializado de forma periódica para detectar incumplimientos u otras situaciones de riesgo.
- e. La aceptación del tratamiento depende, en gran parte, del conocimiento y las habilidades que el paciente y la familia tengan.
- f. Su finalidad es evitar temores derivados de conocimientos deficientes o erróneos, que no generan más que una aversión al tratamiento complicando la buena disposición para el aprendizaje y apoyo.

13. ALGORITMO

Seguridad del paciente con nutrición parenteral



14. BIBLIOGRAFÍA

1. Baldwin C, Weekes C. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease related malnutrition in adults. Cochrane Database Syst Rev 2011; Sep 7:(9).
2. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, Lyman B, Metheny N, Mueller Ch, Robbins S, Wessel J and ASPEN. Board of Directors. Enteral Nutrition Practice. Recommendations. JPEN J Parenteral Enteral Nutri 2009; 27(1) DOI: 10.1177/0148607108330314.
3. Barrocas A, Geppert C, Durfee Sh, OSullivan Maillet J, Monturo Ch, Mueller CH, Stratton K, Valentine Ch, ASPEN Board of Directors. ASPEN Ethics Position Paper. Nutr Clin Pract 2010; 2010): 1-8.
4. Bischoff SC, Kester L, Meier R, Radziwill R, Schwab D, Thul, P, et al. Organisation, regulations, preparation and logistics of parenteral nutrition in hospitals and homes; the role of nutrition support team . Guidelines on Parenteral Nutrition, Chapter 8. Ger Med Sci 2009; 18(7):1-8.
5. Boitano M, Bojak S, McCloskey S, McCaul DS, McDonough M. Improving the Safety and Effectiveness of Parenteral Nutrition: Results of a Quality Improvement Collaboration. Nutr Clin Pract 2010; 25(6): 663-671.

6. Burde S, Todd Ch, Hill J, Lal S. Preoperative Nutrition Support in patient undergoing gastrointestinal surgery. Cochrane Database. Syst Rev. 2012; 11.
7. Castillo Pineda JC, Figuerado Grijalva R, Dugloszewski C, Díaz Reynoso JA, Spolidoro Noroña JV, Matos A, et al. Declaración de Cancún: Declaración Internacional de Cancún sobre el derecho a la Nutrición en los hospitales. Nutr Hosp. 2008; 23(5): 413-417.
8. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales 2012.
9. Corkins MR, Griggs K, Groh-Wargo S, Han-Markey TL, Helms RA, Muir LV, et al. Standards for Nutrition Support Pediatric hospitalized patients. Nutr Clin Pract. 2013; 28(2):263-276.
10. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de calidad para el sistema nacional. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Diciembre, 2007.
11. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and costeffectiveness of home palliative care service for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev 2013: 6.
12. Hartigan DH, Narula P, Puntis JWL : The frequen-

cy and significance of errors related to parenteral nutrition (PN) in children. Arch Dis Child 2011; 96(4).

13. Ho KM, Dobb GJ, Webb SA. A comparison of early gastric and post-pyloric feeding in critically ill patients: a metaanalysis. Intensive Care Med 2006; 32(5): 639-49.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN
Y MANEJO DEL DOLOR DEL
PACIENTE HOSPITALIZADO**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 50 años se ha promovido el reconocimiento mundial del tema del dolor y su tratamiento “como un derecho fundamental de los seres humanos”, no solamente como una especialidad de la medicina, sino como un tema importante para la investigación científica y el análisis filosófico, con la finalidad de progresar en el entendimiento científico y humanitario, y optimizar su tratamiento.

Los pacientes que sufren dolor tienen el derecho a una evaluación y gestión apropiada del dolor, informándole de su probabilidad cuando es un efecto anticipado y ofertando opciones disponibles para tratarlo.

Gélinas & Johnston (2007) informó que el dolor no tratado en la unidad de cuidado intensivo (UCI) continúa siendo un problema en la actualidad, y se ha identificado que menos de un 50% de los profesionales lo evalúan.

Existen múltiples métodos que se utilizan para evaluar el dolor; la Task Force de sedación y analgesia y la Sociedad de Cuidados Críticos recomiendan la utilización de escalas numéricas para evaluar dolor referido por el paciente. Entre los que ofrecen mejores resultados son:

- 1) Escala Analógica Visual- EVA.
- 2) Escala Numérica Verbal (ENV).
- 3) Escala de Expresión Facial.

1. OBJETIVO

Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado proporcionando herramientas basadas en la mejor evidencia disponible para mejorar la calidad de vida del paciente.

2. EVIDENCIAS

- Guía: Valoración y manejo del dolor (3ª ed.). Registered Nurses Association of Ontario, Toronto, ON. 2013
- González-María E, Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gil-Rubio P, Herreros-López P, en nombre del grupo de trabajo de la GPC para el manejo del dolor.
- Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer. 2013, <http://www.criscancer.org>.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Todo paciente ingresado en un centro de salud que manifieste dolor.

5. DEFINICIÓN DE DOLOR

Es una experiencia sensorial, subjetiva y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o poten-

cial o daño tisular real, descrita en términos de dicho daño.

6. CLASIFICACION DEL DOLOR

El dolor puede ser agudo o persistente (crónico) o ambos a la vez.

- a. Dolor agudo: es la percepción de las señales de peligro del tejido dañado recientemente, complicado por la sensibilización en la periferia y en el sistema nervioso central. El dolor agudo es el dolor a corto plazo de menos de doce semanas de duración.
- b. Dolor persistente o crónico: es el dolor que dura más tiempo de lo habitual para la curación; es el dolor después de un traumatismo o cirugía.

Ademas se clasifica en:

- c. Nociceptivo: es aquel que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión en órganos somáticos o viscerales. El dolor surge del daño real o potencial a los tejidos no neurales y debido a la activación de los nociceptores. Se produce en un sistema nervioso que funciona de forma normal en comparación con el funcionamiento anormal en el dolor neuropático.
- d. Neuropático: es un trastorno neurológico en el que las personas experimentan dolor crónico intenso debido a un nervio dañado; es causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somato sensorial según la localización del dolor.

- e. Dolor somático: es un dolor agudo bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso, de artritis o dolores musculares; en general dolores provenientes de zonas inervadas por nervios somáticos. Está producido por la activación de los nociceptores de la piel, huesos y partes blandas y suelen responder bien al tratamiento con analgésicos, según la OMS.
- f. Dolor visceral: está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas.

7. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- 7.1. Determine la presencia o riesgo de cualquier tipo de dolor después de un cambio en la situación clínica; antes, durante y después de un procedimiento. Haga las siguientes preguntas:
 - a. ¿Siente algún dolor?
 - b. ¿Con que frecuencia?
 - c. ¿Ha tomado algún medicamento para el dolor?
 - d. ¿Tiene problemas al realizar sus actividades durante el día?
 - e. ¿Qué tan intenso es el dolor?
- 7.2. Realice una valoración integral del dolor o el riesgo de cualquier tipo de dolor haciendo las siguientes preguntas:
 - a. ¿Cuándo comenzó?
 - b. ¿Cuánto tiempo dura?
 - c. ¿Con qué frecuencia se presenta?
 - d. ¿Cómo es el dolor? ¿Puede describirlo?

- 7.3. Registre las características del dolor del paciente:
- a. Intensidad
 - b. Características
 - c. Ubicación
 - d. ¿Qué le mejora o lo empeora?
- 7.4. Establezca el manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas, incluyendo valoración y manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos.
- 7.5. Evalúe las intervenciones no farmacológicas físicas y psicológicas para la eficacia de las intervenciones farmacológicas.
- a. Física: fisioterapia y ejercicio para mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar general.
 - b. Psicológicas: música y distracción técnica de relajación. En bebés y niños hasta los tres años de edad, arropar bien.
- 7.6. Implemente un plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas.
- 7.7. Valore constantemente la respuesta de la persona en las intervenciones de manejo de dolor, utilizando la misma herramienta de valoración.
- 7.8. Comunique y registre las respuestas del paciente en el plan del manejo del dolor.

- 7.9. Participe en la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor.

8. SIGNOS DE ALERTA

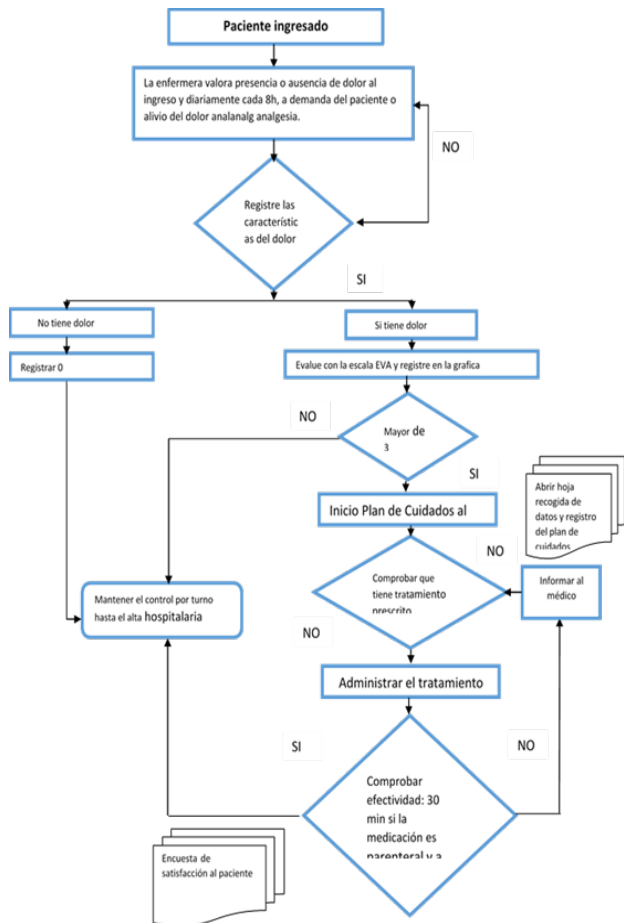
- a. Dolor nuevo o repentino.
- b. Dolor incesante.
- c. Leucorrea.
- d. Fiebre.
- e. Disnea

9. EDUCACIÓN AL PACIENTE, CUIDADORES Y/O FAMILIA

- a. Refuerce la importancia de comunicar el dolor.
- b. Indique cómo y cuándo comunicar la propia experiencia del dolor.
- c. Explique que la comunicación del dolor no es una queja para el personal de salud.
- d. Informe sobre las opciones de manejo del dolor farmacológico, físico y psicológico con hincapiés en los riesgos y beneficios.
- e. Informe sobre los efectos adversos potenciales y las estrategias para abordarlos.
- f. Instruya y eduque a los familiares y cuidadores en caso de ser personas incapaces de expresarse.

- g. Eduque en el confort tales como: higiene, alimentación, curas específicas, cambios posturales, evacuación, prevención y control de síntomas molestos y administración de medicación.
- h. Explique que el uso de analgésicos opioides pueden llevar a la adicción.
- i. Comunique los aspectos más relevantes del lenguaje verbal y el no verbal.
- j. Informe sobre la importancia del valor del tacto, la mirada, el tono de voz, la expresión y gestos faciales, la distancia interpersonal y el silencio.
- k. Explique la relevancia de mantener el paciente en un ambiente agradable, sin ruidos, en una habitación lo más luminosa posible y ventilada, con sábanas que no tengan arrugas y que estén limpias y secas así como, las posturas más cómodas para el paciente y las ayudas para el aseo.
- l. Proporcione al paciente y a la familia el informe de alta médica con las recomendaciones para manejo farmacológico y no farmacológico según el tipo de dolor, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales debe consultar.

10. ALGORITMO DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR



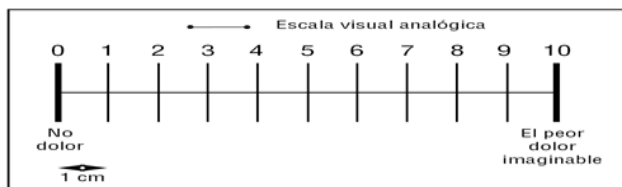
11. BIBLIOGRAFÍA

1. González-María E, Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gil-Rubio P, Herreros- López P, en nombre del grupo de trabajo de la GPC para el manejo del dolor. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer. 2013. Disponible en <http://www.criscancer.org>.
2. Guia: Valoración y manejo de dolor. Tercera Edición, Diciembre 2013.
3. Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, et al. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):3-12.
4. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International, 5ta edición, 2014.
5. Melzack, R., Katz, J. y Jeans, M.E. (1985). The role of compensation in chronic pain: Analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 23, 101-112.
6. Escalas para valoración del dolor. Disponible en: <http://www.dolopedia.com/index.php/>
7. Escalas de valoración del dolor. Documentos disponibles en: www.laria.com

8. Escalas de valoración del dolor www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf pag.16.
9. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2013.
10. Caneda García Yolanda, Méndez Bustelo M. José, Pía Morandeira Agustín, Portela Romero Manuel, Puime Montero Paloma, Rodríguez Moreno Carlos y col. Abordaje terapéutico del cólico nefrítico. Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela. Acceso 20 de mayo 2014 Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/documentacionTecnica/docs/Farmacia/XAPSantiago/ABORDAJE%20TERAPEUTICO%20DEL%20COLICO%20RENAL.pdf>.
11. C. Türk, T. Knoll, A. Petrik, K. Sarica, M. Straub and C. Seitz. Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology 2011. Acceso 20 de mayo 2014 Disponible en: http://www.uroweb.org/gls/pdf/18_Urolithiasis.pdf.

12. ANEXOS

- 12.1 Escala analógica visual –EVA–:** permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma, en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada; la intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de dolor cuando la EVA es mayor a 3.



- 12.2 Escala Numérica Verbal (ENV):** en un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor. Puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos. En ocasiones, y en pacientes concretos, el

uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad. La ENV tiene una muy buena correlación con la EVA, con una menor incidencia de no respondedores (2% frente a 11%).

- 12.3 Escala de expresión facial:** representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría modificándose sucesivamente hacia la tristeza, hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5, correspondiendo el 0 a no dolor y 5 a máximo dolor imaginable.



12.4 Plan de cuidados de enfermería

Fecha/ turno hora	Diagnósticos - Problemas de enfermería	Intervenciones	Objetivos
	Dolor agudo – dolor crónico Enfermedad/proceso Pruebas – otras: _____ Administrar la analgesia prescrita. Evaluar la efectividad con la escala EVA, luego de 30 minutos de la administración del analgésico. Notificar al médico si los cuidados al doctor no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo.	Evaluación del dolor y registro en la gráfica ESCALA EVA Abrir registro de recogida de datos del dolor o valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, duración, frecuencia y factores desencadenantes. Observar claves no verbales de dolor Considerar las influencias culturales sobre la respuesta del dolor. Control de las constantes TA, FC y FR. Controlar los factores ambientales y proporcionar medidas de confort.	Asegurar el correcto manejo del dolor en el ámbito de la hospitalización

Fecha/ turno hora	Diagnósticos - Problemas de enfermería	Intervenciones	Objetivos
		Instruir el uso de técnicas no farmacológicas de control del dolor. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor al alta hospitalaria. Registro de evaluación.	

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DE BACTEREMIAS ASOCIADAS A LA
INSERCIÓN, MANTENIMIENTO
Y RETIRO DE CATÉTER PERIFÉRICO
Y VENOSO CENTRAL**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTEREMIAS ASOCIADAS A LA INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DE CATÉTER PERIFÉRICO Y VENOSO CENTRAL

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existen estadísticas de infecciones asociadas a catéteres, tanto en las salas generales como en las unidades de cuidados intensivos (UCI), que forman parte del programa de control de infecciones que debe haber en cada establecimiento de salud. La incidencia de bacteremia asociada a catéter venoso central se estima de acuerdo con el número de episodios por 1000 días de catéter venoso central (CVC). En Estados Unidos se registran 15 millones/días de catéteres intravasculares centrales o CVC. Las infecciones asociadas a catéteres aumentan la estancia hospitalaria en promedio de 7 días y los costos de la atención sanitaria entre US\$10,000 y US\$26,000.

Las medidas de prevención tienen un gran impacto en el caso de bacteriemias relacionadas con catéteres (BCR). Las estrategias educacionales del personal sanitario, centradas en problemas específicos detectados tras la observación de las prácticas empleadas en el manejo y cuidado del catéter, representan la piedra fundamental y son altamente efectivas si se llevan a cabo adecuadamente y con estricta supervisión, siendo la más importante el lavado de manos y la práctica de adecuadas medidas de asepsia y antisepsia al colocar, mantener y retirar el catéter.

1. OBJETIVO

Prevenir el riesgo de infecciones asociada a catéter en los lugares de inserción del paciente, proporcionando herramientas basadas en la mejor evidencia disponible para disminuir complicaciones y mortalidad de los usuarios.

2. EVIDENCIA

Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter extravascular periférico. CDC, 2011.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Profesionales y auxiliares de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes que precisen de la inserción, mantenimiento y/o retiro de un catéter venoso periférico o central

5. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

5.1 Materiales y equipos para la inserción de catéter venoso periférico

- Mesa y bandeja de cirugía menor
- Solución indicada
- Equipo de infusión, bajantes
- Catéteres: no. 22, 24, 18, 20
- Guantes no estériles
- Antisépticos transparentes y cinta adhesiva, micropore
- Gasas estériles
- Torniquete
- Contenedor para desecho de punzo cortantes
- Bolsa de desechos

5.2 Descripción del procedimiento de inserción de catéter venoso periférico

- Explique al paciente el procedimiento a realizar.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Coloque en una mesa limpia el equipo y material a utilizar.
- Prepare la solución a utilizar.
- Libere el aire al bajante.
- Interrogue al paciente sobre cuál es su mano dominante.
- Seleccione el lugar anatómico de inserción, iniciando por las venas de las manos.
- En los adultos, utilice preferentemente como lugar de inserción las zonas radial, branquial o dorsal del pie frente a las zonas femoral o axilar, para reducir el riesgo de inserción
- Seleccione el catéter de acuerdo al propósito y la duración del tratamiento.
- Abra la envoltura del catéter.
- Coloque el torniquete en la parte superior al sitio seleccionado para la punción.
- Colóquese guantes limpios.
- Utilice una gasa o torunda impregnada con alcohol al 70%, yodóforo o clorhexidina; en niños utilizar clorhexidina al 0.2%.
- Realice asepsia en el lugar de inserción con la torunda impregnada de alcohol
- Inserte catéter con el bisel hacia arriba.
- Verifique el retorno venoso en la cámara del catéter.
- Retroceda una pequeña parte de la guía metálica y deslice el catéter.

- Coloque una gasa por debajo del pabellón del catéter.
- Retire el torniquete, haga presión en la parte superior de la vena que se canalizo, mientras termine de extraer la guía metálica para evitar la salida de sangre.
- Conecte el equipo de infusión, abra la llave de paso y cerciórese del adecuado flujo.
- Retire la gasa y deposítela en la bolsa de desechos.
- Utilice gasa estéril o apósito estéril transparente y semi permeable para cubrir el sitio de inserción del catéter.
- Retire los guantes de ambas manos y deséchelos.
- Fije el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta adhesiva.
- Coloque una etiqueta o rótulo con la fecha de instalación, calibre del catéter y nombre de la persona que lo instaló, sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción.
- Retire el material y equipo.
- Lávese las manos.
- Deje cómodo al paciente.
- Registre las anotaciones en los formatos correspondientes.
- Evite la palpación del sitio de inserción después de la aplicación de antiséptico, salvo que se mantenga la técnica aséptica.

5.3 Mantenimiento del catéter venoso periférico

- Lávese las manos con agua y jabón y use guantes limpios para manipular el catéter.
- Valore diariamente las condiciones del lugar de inserción del catéter mediante palpación y visualización directa a través del apósito transparente o retiro de la cinta adhesiva.

- Retire el catéter venoso periférico si el paciente presenta signos de flebitis:
 - Calor
 - Sensibilidad
 - Eritema y cordón venoso palpable
 - Infección o mal funcionamiento del catéter.
- Sustituya el apósito del sitio de inserción del catéter si se humedece, se afloja o está visiblemente sucio.
- No hay necesidad de sustituir los catéteres periféricos con una frecuencia superior a 72-96 horas, para reducir el riesgo de infección y flebitis en adultos.
- Sustituya los catéteres periféricos en los niños solo cuando esté clínicamente indicado.
- Evite el uso de agujas metálicas para la administración de fluidos y medicación, ya que puede producir necrosis por extravasación.
- Retire rápidamente cualquier catéter intravascular que ya no sea imprescindible.

5.4 Retiro del catéter venoso periférico

a) Material necesario:

- Guantes limpios
- Gasas estériles
- Torundas o almohadillas alcoholadas estériles

b) Antes de proceder a su retiro:

- Informe al paciente la retirada de la vía y el motivo por el cual se realiza.
- Coloque en posición cómoda y adecuada.

c) Técnica

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Prepare el material.
- Suspenda el paso de flujo de la infusión.
- Póngase los guantes.
- Evite conversación mientras realiza el procedimiento.
- Retire el apósito transparente estirando suavemente la película sobre sí misma, no utilice alcohol para removerlo. Si es micropore, retire suavemente en el orden en que está colocado.
- Extraiga el catéter con suavidad y deséchelo.
- Haga presión sobre el sitio de inserción con una to-
runda alcoholada de 3 a 5 minutos.
- Verifique hemostasia.
- Retírese los guantes.
- Retire el material.
- Realice higiene de manos con solución a base de al-
cohol.
- Deje cómodo al paciente.
- Realice anotaciones en el formato correspondiente,
hora de retiro y motivo de la misma.

5.5 Signos de alerta

- Infiltración
- Flebitis:
 - Calor
 - Sensibilidad
 - Eritema y cordón venoso palpable.
 - infección o mal funcionamiento del catéter.

6. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL, CVC.

6.1 Materiales y equipos para la inserción del CVC

- Ropa de cirugía estéril, 2 campos y batas.
- Guantes quirúrgicos estériles, gorro, mascarilla, un paño quirúrgico de cuerpo entero estéril.
- Antisépticos: alcohol al 70%, tintura de yodo, un yodóforo o clorhexidina mayor de 0.5%; si se trata de niños utilice clorhexidina al 0.2%.
- Bandeja de cirugía menor.
- Gasa estéril o apósito transparente y semipermeable estéril y/o cinta adhesiva, micropore.
- Anestésico local: lidocaína al 2% simple.
- Hoja de bisturí.
- Agujas hipodérmicas de no. 23 y 20.
- Dispositivo sin sutura, adhesivo transparente.
- Catéter de acuerdo al propósito y la duración del tratamiento.
- Solución fisiológica al 0.9%.

6.2 Actuación de enfermería

- Identifique al paciente: nombre, edad, sexo, diagnóstico, alergias, antecedentes patológicos y procedimiento a realizar.
- Informe al paciente en qué consiste la técnica, ventajas e inconvenientes. Es importante establecer comunicación efectiva.
- Obtenga el consentimiento informado para la realización de este procedimiento invasivo del paciente. Cuando el paciente no sea competente para la toma de decisiones, se obtendrá el consentimiento del familiar o tutor.

- Reúna el material y equipo y colóquelo en una mesa limpia.
- Lávese las manos con agua y jabón o masaje de manos a base de alcohol.
- Prepare la solución a utilizar.
- Libere el aire al bajante.
- Asegúrese que en la actuación médica se utilicen las máximas precauciones de barrera estéril, incluyendo el uso de gorro, mascarilla, bata estéril, guantes, estériles y un paño quirúrgico de cuerpo entero para la inserción de CVC, categoría IB.

6.3 Mantenimiento del CVC

- Cambie los apósitos transparentes utilizados en los lugares de inserción de CVC de corta duración, al menos cada 7 días, excepto en aquellos pacientes pediátricos en los que el riesgo de mover el catéter sea mayor que las ventajas derivadas del cambio de apósito.
- Asegúrese de la compatibilidad de la piel del paciente con el material del catéter.
- Asegúrese que los elementos utilizados para el cuidado del catéter son compatibles con el material del catéter.
- No aplicar solventes orgánicos, por ejemplo: acetona y éter, a la piel antes de la inserción del catéter, o durante el cambio de apósitos.
- Evalúe a diario los sitios de inserción del catéter, ya sea visualmente al cambiar la fijación o al palpar a través del apósito transparente.

- Revise de forma regular las manifestaciones que sugieren infección local o del torrente sanguíneo, la fijación debe ser removida para permitir el examen detallado del sitio de inserción.
- Utilice ungüentos o pomadas con yodopovidona en el extremo de los catéteres de hemodiálisis después de la inserción y al finalizar cada sesión de hemodiálisis, siempre que estos ungüentos no interfieran con el material del catéter, de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
- Mantenga estériles todos los componentes del sistema de vigilancia de presión, incluidos los dispositivos de calibración y la solución de enjuague.
- Limpie el diafragma con un antiséptico apropiado antes de acceder al sistema.
- Cambie los sistemas utilizados para administrar sangre, hemoderivados o emulsiones lipídicas, las combinadas con aminoácidos y glucosa según una mezcla de 3:1 o con infusión separada, a las 24 horas del inicio de la infusión.
- Cambie los sistemas utilizados para administrar infusiones de propofol cada 6 ó 12 horas al cambiar el vial, según las recomendaciones del fabricante.
- Minimice los riesgos de contaminación limpiando el puerto de acceso con un antiséptico apropiado, como clorhexidina, povidona yodada, un yodóforo o alcohol al 70%, y accediendo al puerto sólo con dispositivos estériles

6.4 Curación del sitio de inserción del CVC

a) Indicaciones:

A todos los pacientes que tengan uno o varios catéteres instalados, cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no integro o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.

b) Material y equipo para la cura:

- Bandeja.
- CVC con el número mínimo de puertos o luces/aberturas esenciales para el tratamiento del paciente.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Pinza de Kelly.
- Antiséptico:
 - Alcohol isopropílico al 70%
 - Yodopovidona al 10%
 - Gluconato de clorhexidina al 2% (0.2% en niño) con alcohol isopropílico al 70%.
- Gasas estériles y micropore o adhesivo transparente.
- Solución con equipo libre de aire, extensión y llave de 3 vías.

c) Técnica para la cura del sitio de inserción del CVC:

- Prepare y lleve el material al área del paciente.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal con la cabeza al lado opuesto al sitio de inserción.

- Colóquese la mascarilla abarcando nariz y boca.
- Retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Desprenda el apósito extirando suavemente, no utilice alcohol para su remoción.
- Revise y valore el sitio de inserción.
- Realice higiene de las manos con solución alcoholada.
- Abra el equipo de curación.
- Coloque el guante estéril en la mano dominante.
- Realice la limpieza con el alcohol en dos tiempo:
 - Primer tiempo: vierta el alcohol en las gasas y limpie a partir del sitio de inserción hacia afuera.
 - Segundo tiempo. Abarque el sitio de inserción en forma de círculo hasta un área de 5 a 10 cm. Si utiliza yodopovidona realice la limpieza en tres tiempos o un tiempo si es gluconato de clorhexidina; inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse.
- Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente.
- Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión y retire el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa o hisopo con alcohol en caso de yodopovidona.
- En caso de piel muy sensible o en pacientes ancianos u oncológicos, utilice película protectora sin alcohol en presentación de hisopo estéril para proteger la piel y prevenir daños a la misma, aplíquelo en la periferia del sitio de inserción respetando el área que se limpio con el antiséptico. Espere que seque y cúbralo con gasa estéril o adhesivo transparente.

- Coloque un membrete (rotulo) con fecha y nombre de quien instalo, así como nombre y fecha de quien realizo la curación.
- d) Cura y cambio de dispositivo e infusiones en CVC:**
- Prepare y lleve el material al área del paciente.
 - Lávese las manos con agua y jabón.
 - Explique el procedimiento al paciente.
 - Cierre la pinza de seguridad del lumen y la llave de paso del equipo que se va a cambiar.
 - Coloque la solución a infundir con el equipo libre de aire.
 - Coloque una gasa por debajo de la unión del catéter y el equipo que se va a remover.
 - Remueva el capuchón de protección del equipo nuevo, desconecte el equipo a remover y conecte el nuevo, evitando tocar el extremo estéril del mismo.
 - Abra la pinza de seguridad del lumen y la llave de paso del nuevo equipo.
 - Verifique que la solución a infundir pase de forma correcta.
 - Cambie los apósitos utilizados en los sitios de inserción de CVC de corta duración cada 2 días en caso de apósitos de gasa.
 - Cambie los apósitos transparentes utilizados en los sitios de inserción de CVC de corta duración al menos cada 7 días, excepto en aquellos pacientes pediátricos en los que el riesgo de mover el catéter sea mayor que las ventajas derivadas del cambio de apósito.
 - Sustituya el apósito del sitio de inserción del catéter si se humedece, se afloja o está visiblemente sucio.

6.5 Indicaciones de retiro del CVC:

- a. Por término de tratamiento.
- b. Por sospecha de bacteriemia relacionada al catéter.
- c. Por extravasación, disfunción y/o rotura de la línea.
- d. Por superar los días de permanencia establecida en el caso del catéter arterial.
- e. Por hematoma.
- f. Por tromboflebitis séptica.
- g. Por endocarditis.
- h. Por infección en el sitio de la inserción.
- i. Por dolor en el sitio de inserción.
- j. Por edema de pulmón.
- k. Por lesión nerviosa.
- l. Por espasmo venoso.
- m. Por hemotorax.
- n. Por embolia gaseosa.
- o. Por mala colocación del catéter.

6.6 Retiro de catéter venoso central:

a) Criterios:

- Fin de tratamiento.
- Sospecha de infección.
- Disfunción del catéter.
- Extravasación o fractura de catéter.
- Flebitis.

b) Material y equipo a utilizar:

Utilizar los materiales de la cura y tubo de transporte estéril, tubo ensayo, sin medio de cultivo.

c) Técnica:

- Prepare y lleve el material al área del paciente.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Colóquese la mascarilla abarcando la nariz y boca.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Cierre las infusiones.
- Coloque al paciente en posición de cúbito dorsal, con la cabeza dirigida hacia el lado opuesto al sitio de inserción.
- Retire el apósito suavemente, sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Realice curación del sitio de inserción con la técnica ya mencionada.
- Retire las suturas que sujetan el catéter.
- Indique al paciente como realizar la maniobra de Valsalva.
- Extraiga suavemente el catéter en un ángulo de 90° de la piel mientras el paciente realiza la maniobra de Valsalva, si el paciente no coopera se retirara durante la inspiración.
- Si el catéter ofrece resistencia al momento de intentar sacarlo, no insista ni estire, informe inmediatamente al médico.
- Evite que la punta del catéter toque superficies no estériles al momento de salir.
- Realice presión con una gasa estéril en el sitio de inserción.
- Si tiene indicación de tomar cultivo de la punta del catéter corte 5 cms de la punta con la tijera estéril y coloque tubo de ensayo estéril (solo 5 cms, no más).

- Cubra el sitio de inserción con un apósito estéril con cojín absorbente no adherente y manténgalo por 24-48 horas.
- Deje al paciente cómodo.
- Verifique que no haya sangrado importante en el lugar de inserción.

6.7 Signos de alerta de CVC

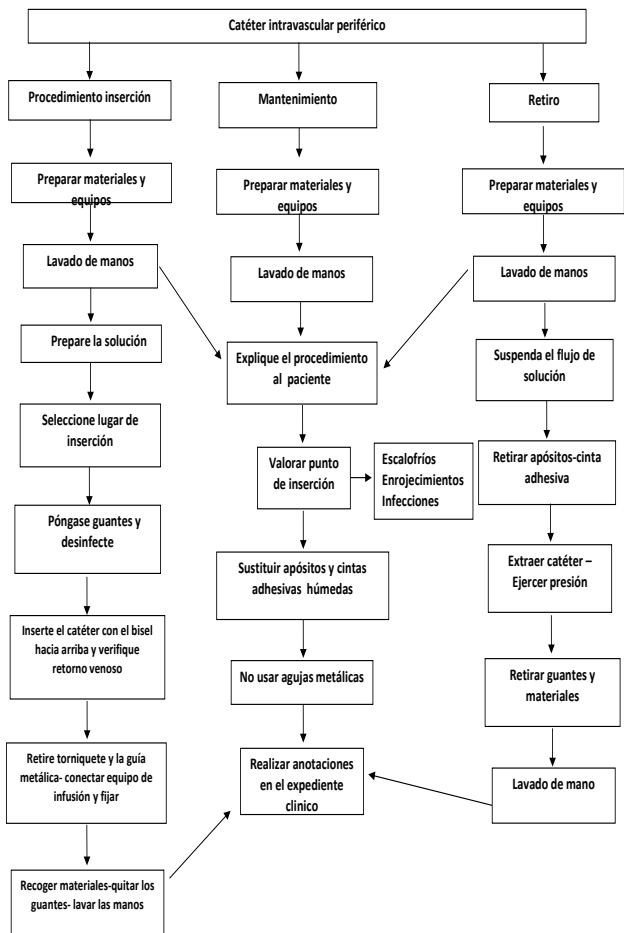
- Escalofrío
- Enrojecimiento
- Dolor de infección en el punto de inserción
- Fiebre.

7. EDUCACIÓN AL PERSONAL DE SALUD, PACIENTE Y FAMILIARES

- Eduque al personal de salud sobre las medidas de control de infecciones adecuadas, para la prevención de infecciones relacionadas a catéteres venoso central.
- Evite el uso de la vena femoral para el acceso venoso central en pacientes adultos.
- Use un punto subclavio, en lugar de un punto yugular o femoral en los pacientes adultos, para minimizar el riesgo de infección al colocar un CVC no tunelizado.
- Evite la región subclavia en pacientes de hemodiálisis y en pacientes con enfermedad renal avanzada, para evitar la estenosis de la vena subclavia.
- En pacientes adultos, utilice inserción subclavia antes que yugular o femoral para reducir los riesgos de infecciones en CVC no tunelizados.

- Evite accesos subclavios en pacientes de hemodiálisis y en pacientes con enfermedad renal avanzada, para evitar estenosis de la vena subclavia.
- El operador y el asistente deben vestir equipo de protección personal (EPP) adecuados.
- Sustituya el apósito del sitio de inserción del catéter si se humedece, se afloja o está visiblemente sucio.
- No usar pomadas ni cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción, salvo para catéteres de diálisis, por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- A diario, evaluar los sitios de inserción del catéter, ya sea visualmente al cambiar la fijación, o al palpar a través del apósito transparente.
- Si los pacientes tienen dolor en el lugar de inserción, fiebre sin foco evidente u otras manifestaciones que sugieren infección local o del torrente sanguíneo, la fijación debe ser removida para permitir el examen detallado del lugar de inserción.
- No sumergir el catéter o el lugar del catéter en agua. Se permite una ducha solo si se pueden tomar precauciones para reducir la probabilidad de introducir gérmenes en el catéter.
- Informe al paciente explicándole en qué consiste la técnica, ventajas e inconvenientes.
- Es importante establecer comunicación efectiva con el paciente y familiares.

8. ALGORITMO



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Coordinadores de la Conferencia. aServicio de Medicina Intensiva. Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos. SEMICYUC. 2002.
2. Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter intravascular periférico (CDC) 2011.
3. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. Centers for Disease Control and Prevention; 2011[acceso 3 de enero de 2011]. Disponible en: <http://cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines>. Peinado Barraso MC et al. Prevalencia de flebitis postcateterización. Metas de Enferm. 2010; 13(8): 28-32.
4. Ministerio de Salud Publica, Normas para la Prevención y Control de Infecciones en los Establecimientos de Salud. Santo Domingo, República Dominicana, MSP/VGC-NT01-13. 2013
5. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report, Data Summary from January 1992 – June 2001, Issued August 2001. Am J Infect Control. 2001; 6: 404-2

6. R. Seisdedos Elcuaz, M.A C. Conde García, J. J. Castellanos Monedero, A. García-Manzanares Vázquez-De Agredos, J. C. Valenzuela Gámez, M.A D. Fraga Fuentes. Infecciones Relacionadas Con El Catéter Venoso Central En Pacientes Con Nutrición Parenteral Total Nutr. Hosp. Vol.27 No.3 Madrid Mayo-Jun. 2012.
7. Secretaría de Salud (México). Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente. Marzo de 2011.

**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA
PARA ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS
Y MATERIAL QUIRÚRGICO**

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIAL QUIRÚRGICO

INTRODUCCIÓN

La esterilización es un proceso que requiere de procedimientos independientes. Se trata de una actividad imprescindible y de máxima relevancia para la prevención de riesgos microbiológicos en el ámbito intrahospitalario. Las técnicas asépticas se basan en unos principios generales elementales en los que hay que tener en cuenta innumerables detalles. El descuido u olvido de alguno de ellos, por insignificante que parezca, puede ocasionar la pérdida de una vida humana.

La lucha contra las infecciones nosocomiales se debe en gran parte a la puesta en práctica de técnicas de prevención de la transmisión de microorganismos patógenos. El progresivo conocimiento y aplicación de técnicas básicas de asepsia y esterilización han permitido importantes avances en el tratamiento de pacientes críticos, que se refleja en el aumento de su supervivencia y calidad de vida.

El Protocolo de Enfermería para esterilización de equipos y material quirúrgico orienta los pasos a seguir en la limpieza, acondicionamiento, esterilización, almacenamiento y transporte del equipamiento hospitalario, a fin de obtener un material estéril.

1. OBJETIVO

Estandarizar los procedimientos de esterilización de materiales y equipos quirúrgicos, que permitan obtener un material estéril y la prevención de infecciones para aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

2. EVIDENCIA

Guía sobre esterilización de equipos y material quirúrgico. Se han asignado a las recomendaciones de este protocolo la clasificación 1A, 1B y 1C para indicar el grado de certeza o fuerza de la evidencia que apoya cada recomendación 2011

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO:

Licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería y personal que pertenece a la central de esterilización de los centros de salud.

4. DEFINICIONES

- Unidad central de esterilización (UCE): Es la unidad que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a otras unidades y servicios sanitarios, con la finalidad de garantizar la desinfección de equipos y material reutilizable.
- Esterilización: La eliminación de microorganismos patógenos y no patógenos mediante métodos o procedimientos físicos o químicos. (la esterilización no es un procedimiento más bien es un proceso).

5. CLASIFICACION

La esterilización puede clasificarse por tipo de método usado:

- a) Método físico (calor u horno seco, autoclave o calor húmedo, ebullición, flameo)
- b) Método químico (métodos comprobatorios de la esterilización o control biológico-esporas).

Además se clasifica en:

- a. Horno de calor seco: es un método térmico de esterilización y su efecto en los microorganismos es equivalente al horneado.
- b. Esterilizador a vapor: inactivación celular mediante transferencia de calor gracias a la inyección de vapor presurizado a alta temperatura, provocando la coagulación proteica.
- c. Esterilizador vapor baja temperatura y formaldehído: admite el empleo de embalajes convencionales y permite esterilizar prácticamente todo tipo de material. La aireación posterior del material se hace en el mismo ciclo.
- d. Esterilizador por óxido de etileno: es un método de esterilización rápido, no tóxico pero costoso. No permite la esterilización de celulosa o derivados, por lo que requiere envoltorios específicos.
- e. Esterilizador por vapor de peróxido de hidrógeno: es una noción que se emplea en la química para nombrar al óxido que cuenta con el número más elevado de oxígeno entre todos los posibles. Puede decirse, por lo tanto, que un peróxido es un óxido que dispone de un nivel más alto de oxígeno que los óxidos corrientes.

- f. Esterilizador de gas plasma de peróxido de hidrógeno: es un esterilizador de plasma de peróxido de hidrógeno a bajas temperaturas. Se monta con componentes de excepcional calidad de fabricantes de renombre mundial. Este dispositivo incorpora un sistema único de automatización y filtrado seco. Una fuente de alimentación de plasma auto compensador permite un funcionamiento de bajo costo y respetuoso con el medio ambiente. Una sola tecla permite el control inteligente del esterilizador.
- g. Esterilizador de ácido per acético. Equipo para esterilizar en forma manual y automática (con ácido práctico líquido)
- h. Esterilizador por vapor de peróxido de hidrógeno: es una noción que se emplea en la química para nombrar al óxido que cuenta con el número más elevado de oxígeno entre todos los posibles. Un peróxido es un óxido que dispone de un nivel más alto de oxígeno que los óxidos corrientes.
- i. Esterilizador de gas plasma de peróxido de hidrógeno: es un esterilizador de plasma de peróxido de hidrógeno a bajas temperaturas se monta con componentes de excepcional calidad de fabricantes de renombre mundial. Este dispositivo incorpora un sistema único de automatización y filtrado seco. Una fuente de alimentación de plasma auto compensador permite un funcionamiento de bajo costo y respetuoso con el medio ambiente. Una sola tecla permite el control inteligente del esterilizador.
- j. Esterilizador de ácido peracético. Equipo para esterilizar en forma manual y automática.

6. PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA ESTERILIZAR

- a) Realice limpieza de los objetos para el cuidado personal del paciente, con agua y detergentes antes de proceder la esterilización.
- b) Limpie las superficies externas y los accesorios, utilizando un paño suave, esponja o cepillos.
- c) Antes de utilizar dispositivos médicos y quirúrgicos esterilice cada paciente con especial atención los instrumentos que están en contacto con sangre, tejidos o aquellos a través de los cuales fluye líquido corporal.
- d) Entre cada paciente realice limpieza mecánica de los accesorios reutilizables que se insertan en el paciente (como pinzas u otros instrumentos de corte) que rompen la barrera mucosa, usando limpieza por ultrasonidos, seguida de la esterilización de estos accesorios.
- e) Asegure que los materiales de empaquetado sean compatibles con el método de esterilización.
- f) Asegure que el empaquetado sea suficientemente fuerte para resistir los pinchazos y salpicaduras a fin de que proporcione una barrera a los microorganismos y humedad.
- g) Utilice controles físicos, químicos y biológicos para asegurar la efectividad del proceso de esterilización.
- h) Empaque bien el equipo esterilizado. La vida útil de un objeto esterilizado empaquetado depende de:
 - La calidad del envoltorio
 - Las condiciones de almacenamiento
 - Las condiciones del transporte
 - La cantidad de manipulaciones
 - Humedad

- Otros eventos que comprometen la integridad del paquete.
- i) Tome en cuenta los eventos relacionados con el almacenamiento, los materiales almacenados se pueden usar indefinidamente a menos que la envoltura esté deteriorada.

7. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- a. Lave y cepille todos los canales accesibles para eliminar todos los residuos orgánicos (sangre y tejidos u otros). Limpie las superficies externas y los accesorios de los equipos usando un paño suave, esponja o cepillo.
- b. Realice limpieza minuciosa de los objetos para el cuidado del paciente, con agua y detergente, o con agua y limpiadores enzimáticos, antes de proceder la esterilización.
- c. Seque las superficies externas del instrumental con paños de papel o telas absorbentes que no desprenda residuos (hilachas) antes del empaquetado y las superficies internas con calor seco o aire a presión.
- d. Lubrique los instrumentos con solución lubricante soluble en agua antes del empaquetado.
- e. Asegúrese que los materiales de empaquetado sean compatibles con el método de esterilización.
- f. Asegúrese que el empaquetado sea suficientemente fuerte para resistir los pinchazos y salpicaduras a fin de que proporcione una barrera a los microorganismos y a la humedad.
- g. Coloque controles físicos, químicos y biológicos dentro del material o equipo quirúrgico, para asegurar la efectividad del proceso de esterilización.

- Identifique mediante etiqueta (rotulo) el material a esterilizar con:
 - Fecha de esterilización
 - Número de ciclo o carga
 - Fecha de caducidad
 - Firma del responsable.
- h. Coloque los objetos correctamente en la cámara del esterilizador de manera que se permita la penetración y circulación del agente esterilizante.
- i. Use el método de vapor para esterilizar los instrumentos crítico médico y quirúrgico.
- j. Maneje los parámetros de tiempo y temperatura según las recomendaciones del fabricante.
- k. Utilice método de esterilización a baja temperatura para reprocesar material crítico sensible al calor o a la humedad.
- l. Asegure que el material empacado sea compatible con el método de esterilización.
- m. Utilice la esterilización mediante calor seco (por ejemplo, 171°C durante 60 minutos) para materiales que puedan soportar altas temperaturas (incluidos polvo, grasas y cera)
- n. Evite la contaminación externa de los objetos durante su traslado desde el esterilizador al punto de uso.
- o. Asegure una buena ventilación en el área de almacenamiento estéril y proteja contra el polvo, la humedad, los insectos y los valores extremos de temperatura y humedad relativa.
- p. Asegure la integridad de los embalajes en el almacenamiento de los objetos estériles. Así, por ejemplo, debe evitar pinchazos, inclinaciones, etc.

- q. Recuerde que si mantiene las condiciones de la vida útil de un objeto esterilizado empaquetado y los materiales almacenados, se pueden usar indefinidamente a menos que el empaquetado esté comprometido.
- r. Tome en cuenta la fecha de caducidad para el almacenamiento, por lo que es imprescindible que esta fecha se incorpore en la etiqueta del paquete esterilizado. Si se alcanza la fecha de caducidad sin haber usado un paquete, el objeto contenido en el paquete deberá ser reprocesado, lo que implica cumplir los pasos desde el empaquetado.

8. LOGISTICA, INSUMOS Y MATERIALES A UTILIZAR

8.1 Materiales:

Guante estéril, Jabón, cepillo, desinfectantes, etiquetas, envasado de textil (batas, paños, sábanas, gasas y compresas), papel crepado tejido sin tejer o lámina de fibra sintética, cinta adhesiva indicadora de vapor para indicar la fecha de envasado, fecha y lote de esterilización paño de “tejido sin tejer”. Papel mixto simple, papel mixto doble, mesas y bolsa de papel.

8.2 Equipos:

- Reloj, teléfono, mesa y mural de trabajo.
- Equipo de desinfección por vapor/agua con adición de desinfectante.
- Espejo, papelera con tapa basculante de 25 litros.
- Dispensador de toallas de papel, percha, dispensador de jabón, dispensador de papel escobilla.
- Carro hermético de transporte de material estéril, carro abierto de transporte de material y estanterías metálicas.

- Papelera, Sillas sin ruedas, armario, archivo, carro abierto de transporte de material Montacargas
- Mesa de despacho con ala y cajonera, sillón ergonómico con ruedas, estantería cerrado, estación de trabajo, ordenador, impresora chorro de tinta, percha, pizarra, mural y cuadro
- Mueble de doble pileta, de papel encimera, estanterías metálicas, vertedero (equipamiento fijo), cubos para clasificación de residuos.
- Conjunto de plafones de acero inoxidable, sistema carga-descarga automática y carro carga esterilizadores (según los métodos elegidos).
- Horno de calor seco o poupinel, esterilizador, vapor baja temperatura y formaldehído.
- Esterilizador por óxido de etileno, esterilizador por vapor de peróxido de erador electro automático de vapor, catalizador óxido etileno (en caso de utilizarse esterilización por óxido de etileno).
- Horno combustión catalítica (en caso de utilizarse esterilización por óxido de etileno).
- Rack para almacenaje de cestas de acero inoxidable de diversos tamaños,
- Módulo estanco de almacenaje y transporte mesa central de trabajo, carro de corte, escabel de dos peldaños, estantería alta varilla cuatro niveles y estanterías de almacenaje.
- Carros y contenedores de transporte
- Mesas de acero inoxidable.
- Guantes anticorte
- Gafas o protectores faciales.
- Delantal o bata impermeable.
- Calzado cerrado.
- Montacargas en caso de comunicación.

8.3 Transporte de material y equipos esterilizados:

- Se transporta el material en el momento en que se retira desde el esterilizador a su primer lugar de almacenamiento o hasta su punto de uso (si se va a utilizar en el momento).
- No se debe llevar los materiales en la mano a las estanterías, a no ser que se disponga de un carro de descarga del esterilizador, que permita transportar el material a la zona de almacenamiento en el mismo rack en el que se ha esterilizado. Se deben utilizar carros de fácil limpieza, de superficie lisa y preferiblemente de aluminio o de polímeros plásticos termo resistentes.
- Es aconsejable tener carros asignados a cada unidad quirúrgica con el fin de colocar directamente el material correspondiente.
- Estos carros se a las cantidades previstas y ordenando, final de la sesión quirúrgica, el material sobrante, que debe ser el mínimo posible.
- En función del recorrido que tenga que hacerse con los carros se podrán utilizar carros abiertos, protegidos o cerrados.
- Los carros se llevarán directamente desde la UCE a la unidad de destino, donde se almacenará el material en el lugar adecuado, excepto en unidades quirúrgicas, como ya se ha señalado.

8.4 Almacenamiento:

Todo material estéril debe ser colocado en un lugar destinado para tales fines hasta el momento de ser utilizado. Poner la fecha de caducidad en cada envoltura.

Las condiciones de almacenamiento deben ser las mismas cualquiera que sea la zona del hospital en que tenga lugar (incluye central de esterilización, área quirúrgica, unidad de hospitalización; consulta externa; o el almacén general, en el caso de productos estériles procedentes del fabricante). Los requisitos comunes a cualquier zona para que el almacenamiento seguro de material estéril son:

- Zona específica de almacenamiento de material estéril debe de tener paredes lisas y de fácil limpieza.
- Separada de otros materiales, fundamentalmente ropa sucia y basura.
- El acceso a la zona de almacenamiento de material estéril será restringido.
- El lugar de almacén estéril será suficientemente amplio en función de la cantidad de material que se vaya a almacenar.

8.5 Distribución:

La gestión del suministro del material estéril del hospital (sea producido en la UCE o adquirido externamente) de manera que desde esta unidad se realice la gestión y el control del stock, manipulación y distribución del material estéril dentro del hospital, para lo que deben considerarse locales específicos en la UCE para la gestión, desempaquetado y almacenamiento del suministro estéril adquirido externamente. En cualquier caso, la estrategia de funcionamiento debe definirse en el programa funcional de cada UCE.

El material e instrumental de uso quirúrgico se distribuye habitualmente de manera directa (mediante un elevador mecánico monta carros) al bloque quirúrgico. El resto del material estéril se distribuye a través de un acceso diferenciado, mediante carros desde la UCE, por la circulación interna del hospital, hasta las distintas unidades de tratamiento y diagnóstico del establecimiento de salud.

8.6 Secado:

El secado correcto evita la corrosión del instrumental. Se requiere un meticuloso secado interno y externo del material, realizándolo de la manera siguiente:

- Forma manual: las superficies externas con paños de papel o textil absorbentes que no desprendan residuos (hilachas).
- Forma mecánica: las partes internas, con calor seco o aire a presión.
- Forma automatizada: incluida como una fase más del programa de lavado de las máquinas

8.7 Empacado: gasas, ropas, compresas, entre otros.

9. SIGNOS DE ALERTA EN EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

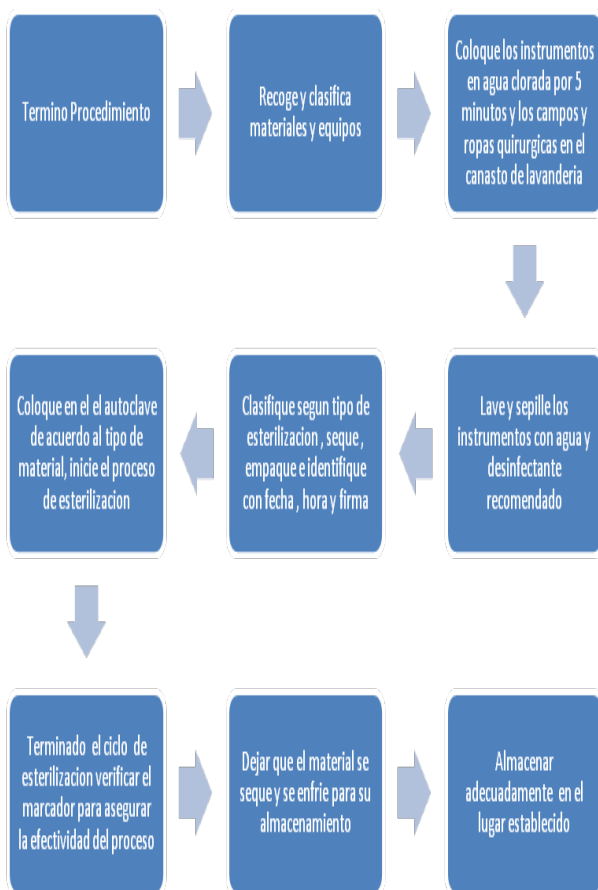
- Residuo de tejidos y fluidos en el instrumental al prepararlo.
- Pinza con desperfecto
- Alarma informativas y de interrupción del auto clave durante el proceso de esterilización.

- Material mojado después de la esterilización.
- Un inadecuado color del indicador.
- Paquetes quirúrgicos rotos.

10. ORIENTACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES

- No trasladar objeto de valor al quirófano
- No utilizar alimentos ni cigarrillo, entre otros, que puedan contaminar el área.
- Hay que orientar a los familiares y pacientes sobre el procedimiento a realizar
- Educar a los familiares y paciente sobre el cuidado y autocuidado en el pre y post quirúrgico
- Orientar al familiar que debe permanecer en la sala de espera, durante se realiza el procedimiento quirúrgico.

11. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN



12. BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya, 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.
2. Guía sobre esterilización de equipos y material quirúrgico. Se han asignado a las recomendaciones de este protocolo la clasificación 1A, 1B y 1C para indicar el grado de certeza o fuerza de la evidencia que apoya cada recomendación.
3. AGREE Collaboration. Writing Group: Cluzeau FA; Burgers JS; Brouwers M; Grol R; Mäkelä M, Littlejohns P et al: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Quality and Safety in Health Care. 2003;12(1):18-23.
4. Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones. Taller Multidisciplinario de Referentes: Reuso de Material Médico. Julio 2002. Buenos Aires, Argentina

5. Grupo de expertos. Unidad central de esterilización. Sánchez, Ortiz Valdepeñas J; Elola Somoza J; Bernal Sobrino; Paniagua Caparrós JL: Guía de estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. Norma Gral. Técnica No. 61 sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos y el manual para su aplicación. Ministerio de Salud. Chile, 2001.
7. Manual de esterilización para centros de salud. Organización Panamericana de la Salud-USAID. Washington, D.C. OPS, 2011.
8. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. MINSA, 2002.
9. Manual de procedimientos de enfermería. División de Enfermería Hospital Galdakao. 2ª edición 2001.
10. World Health Organization. Surgical care at the district hospital. Geneva, World Health Organization. 2003.

ANEXO

Unidad Central de Esterilización (UCE)			
Área Funcional	Procesos	Recursos materiales	Registros
Recepción de material	Limpieza de los equipos de transporte. (mantenimiento)	Carros y contenedores de transporte, mesas de acero inoxidable, guantes anticorte, gafas o protectores faciales, Delantal o bata impermeable, calzado adecuado y montacargas (en caso de comunicación vertical infraestructura de la central).	Entrada y retiro de material.
Limpieza y desinfección	-Limpieza manual Limpieza por ultrasonidos. -Desinfección térmica y limpieza mecánica.	-Pileta o cubeta con solución limpiadora o desinfectante. -Pila o cubeta con agua para el aclarado. -Agua de la red caliente y fría. -Pistola de agua y aire comprimido, paños, cepillos guantes anticorte, gafas o protectores faciales. -Delantal o bata impermeable, calzado adecuado. -Bañera de ultrasonidos. -Lubricante específico para instrumental.	-Material procesado en la zona de lavado. -Reportes de lavadoras. -Reportes de túnel de lavado.

Unidad Central de Esterilización (UCE)

Área Funcional	Procesos	Recursos materiales	Registros
		-Detergente (enzimático neutro alcalino) y accesorios para colocación del instrumental. -Tabuladoras y material de anestesia, -Lavadoras termo desinfectadoras debidamente preparadas según manual de funcionamiento de las mismas.	
Preparación y selección	-Preparación del material textil preparación de equipos textiles y sets mixtos (instrumental y textil). -Preparación de cajas y contenedores de material. -Clasificación del material esterilizable (termo resistente y termo sensible).	Mesas y sillas de trabajo. Carros bandejeros Accesorios para comprobar el estado del instrumental (lupas).	-Incidencias con el instrumental (desperfectos deterioros pérdidas) reposición del material retirado Devolución de material textil (suciedad, rotura).

Unidad Central de Esterilización (UCE)

Área Funcional	Procesos	Recursos materiales	Registros
Envasado	Envasado en contenedores Envasado en bolsa mixta o de papel de grado médico Envasado en materiales sin tejer (celulósicos o poliméricos) Envasado en plástico de material desinfectado.	-Área de preparación y empaquetado del material textil, instrumental y fungible. -Mesas y superficies de trabajo con altura regulada a cada actividad. -Carros bandejeros contenedores de bolsas mixtas, papel crepado, tejido sin tejer, cinta adhesiva con control químico, bolsas de papel de grado médico, film plástico Selladoras térmicas fechadoras.	Etiquetas identificativas (código de barras) Indicadores internos Fechado y caducidad.
Esterilización	Esterilización por vapor de agua. Esterilización a baja temperatura.	-Esterilizador de vapor de agua. -Esterilizador de óxido de etileno. -Esterilizador de vapor con formaldehído. -Esterilizador de gas plasma PH. -Esterilizador de vapor de PH.	Selección de sistema. Selección de ciclo. Registro de carga. Registro de proceso. Reportes de esterilizadores. Prueba Bowie- Dick. Controles Biológicos.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN
DE CAÍDA EN EL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDA EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

INTRODUCCIÓN

Las caídas son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en adultos mayores, convirtiéndose en un grave problema de salud pública por las lesiones que producen; en las mayorías de los casos son de origen multifactorial y responden a una inadaptación entre la persona y su entorno. A los adultos mayores se les adjudica una condición de grupo emergente, que se atribuye a la proporción en que se produce su incremento numérico a nivel mundial, con un pronóstico para el año 2020, según la Organización Mundial de la Salud, de un 70% de la población del planeta y un valor estimado superior a los 700 millones de personas en los países en vías de desarrollo. Esta cifra se encuentra muy por encima de los 318 millones esperados para las regiones industrializadas, donde el sector salud ha tomado en cuenta este importante incremento de la población para el diseño de políticas de atención y acciones específicas.

1. OBJETIVO

Consolidar criterios para la prevención de caídas en adultos mayores para reducir su frecuencia en pacientes hospitalizados y disminuir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

2. EVIDENCIA

- Guía de prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. 2010. <http://www.cenetic.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.
- Guía de práctica clínica sobre prevención de fracturas del Ministerio de Sanidad. 2010.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Licenciados y licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud y cuidadores de personas con riesgo de fractura.

4. POBLACIÓN DIANA

Personas hospitalizadas con disminución de las actividades habituales.

5. DEFINICIÓN DE CAÍDA

Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite un individuo al suelo en contra de su voluntad, siendo un hecho predecible y evitable, debido a que en la mayoría de los casos, se trata de una inadaptación del entorno teniendo un origen multifactorial, de manera tal que el riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo existentes. OMS, 2012.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1. Procedimientos para prevención de caídas:

- a. Identifique el paciente con nombre, apellido y fecha de nacimiento.

- b. Realice valoración del riesgo de caída al paciente en el momento de la atención, mediante formulario de evaluación escala de J.H. Downton.
- c. Clasifique el riesgo de caída en los siguientes niveles: bajo, moderado o alto, y coloque el identificador de riesgo en la muñeca o unidad del paciente.
- d. Planifique las intervenciones o medidas preventivas según el riesgo identificado.
- e. Verifique el entorno de la habitación o áreas: calidad de la iluminación, funcionamiento de barandas de cama, soportes en áreas de baño, superficies en pasillos y escaleras, presencia de obstáculos en el suelo, freno de la silla.
- f. Realice inspección del área y asigne los dispositivos y equipos necesarios para prevención de caídas.
- g. Oriente al paciente y familiares sobre las acciones necesarias para prevenir las caídas.
- h. Realice rondas de vigilancia para el mantenimiento de las medidas preventivas.
- i. Registre en las notas de enfermería toda actividad realizada.

Nota: La función principal del personal de salud en estos casos es la prevención de la caída en pacientes mayores hospitalizados, sin embargo en caso de ocurrir una caída es necesario evitar mayores complicaciones.

6.2. Procedimientos en caso de caída:

- Levante el paciente adoptando las medidas y precauciones de seguridad según la zona afectada para su movilización.
- Realice llamada al equipo de salud, enfermera y médico, para ayuda.

- Tranquilece la familia y al paciente.
- Valore las posibles lesiones. Realice evaluación para la valoración de las consecuencias de la caída.
- Realice intervenciones pertinentes ante las consecuencias de la caída, tales como: sutura, vendaje, curas o medicación, en caso de ser requerido.
- Reevalúe el riesgo de la caída después de ocurrida con la escala J.H. Downton.
- Valore el estado del paciente en horas sucesivas.
- Investigue la posible causa de caída a través de entrevista al paciente y acompañantes.
- Complete el formulario de notificación de caída.
- Entregue formulario de notificación de caída a la persona encargada de supervisión del área.
- La persona encargada de supervisión del área entrega el formulario al Departamento de Enfermería para ser enviado al departamento responsable para análisis y puntos de mejora.
- El Departamento de Enfermería verifica si se completó el formulario de valoración de caída al ingreso, clasificación y registro en notas de enfermería de las medidas preventivas realizadas.
- Realice las intervenciones o medidas preventivas correspondientes y asigne los dispositivos y equipos necesarios al paciente y familiares.
- Oriente al paciente y los familiares sobre el mantenimiento de las medidas preventivas de caída.
- Realice rondas de vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas.
- Registre en las notas de enfermería las actividades realizadas.

7. ESCALAS DE RIESGOS DE CAÍDAS J.M. DOWTON

Caídas previas	No Si	0 1
Uso de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes	1
	Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficits sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, parexia)	0
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
Alto riesgo de caída	Imposible	1

AITO RIESGO PUNTAJE > 2 PUNTOS

8. MATERIALES Y EQUIPOS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDA

- Andadores
- Sillas de rueda
- Equipo de sujeción mecánica
- Barandillas
- Muletas
- Brazaletes indicadores de clasificación de riesgo

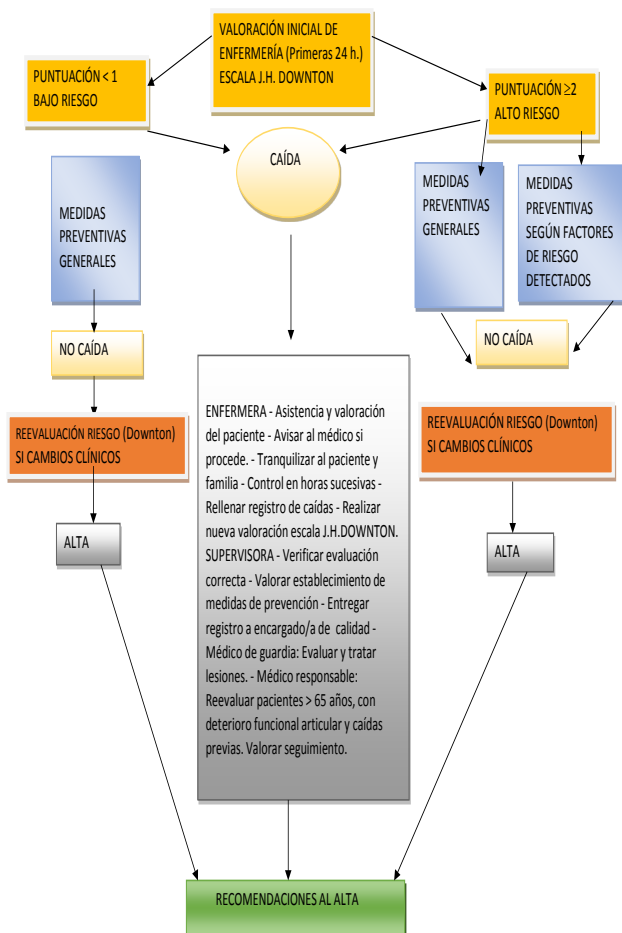
- g. Accesorios de baño
- h. Inodoros portátil
- i. Inmovilizadores
- j. Medias antideslizantes
- k. Pasamanos
- l. Cinturones

9. EDUCACIÓN AL PERSONAL DE SALUD, PACIENTE Y FAMILIARES

La formación sobre la prevención de caídas y lesiones relacionadas, debe estar incluida en el plan de estudios de enfermería y la formación continua, con especial atención a:

- a. Promover una movilidad segura.
- b. Evaluación de los riesgos.
- c. Intervención multidisciplinaria.
- d. Control de riesgos, que incluye seguimiento tras caída.
- e. Alternativas a las contenciones y otros dispositivos de sujeción.

10. ALGORITMO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS



11. BIBLIOGRAFIA

1. Guía clínica de caídas del adulto mayor. Ministerio de Salud, Junio 2010.
2. Guía de buena práctica en enfermería. Prevencion de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. 2011 <http://www.nobleseguros.com>
3. Manual de protocolo y procedimientos generales Hospital Universitario Reyna Sofía 2012 <http://salud.ccm.net/faq/2710-caidas-en-el-adulto-mayor>.
4. Manual de protocolo y procedimientos generales Hospital Universitario Reyna Sofía 2012 <http://salud.ccm.net/faq/2710-caidas-en-el-adulto-mayo>.
5. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf\(3\)](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf(3)).
6. [http://www.monografias.com/trabajos87/caidas-adulto-mayor/caidas-adulto-mayor2.shtml\(3\)](http://www.monografias.com/trabajos87/caidas-adulto-mayor/caidas-adulto-mayor2.shtml(3)).
7. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf\(3\)](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf(3))
8. [http://www.monografias.com/trabajos87/caidas-adulto-mayor/caidas-adulto-mayor2.shtml\(3\)](http://www.monografias.com/trabajos87/caidas-adulto-mayor/caidas-adulto-mayor2.shtml(3)).

12. ANEXOS

A. Formulario de notificación de caídas de pacientes

Nombre y apellidos del paciente: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino N° de Registro: _____ Edad: _____

Diagnostico actual: _____

Fecha y hora de ocurrencia de la caída: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) - ____ (hh:mm)

Fecha de notificación: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Unidad donde ocurre el accidente: _____

Unidad que notifica: _____

Responsable de la notificación del reporte _____

Puntaje de escala de riesgo de caída (Escala de Downton) _____

Personal que notifica:

☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Supervisor ☐ Técnico radiólogo
☐ Auxiliar de enfermería ☐ Auxiliar de transporte. ☐ Otro _____

En el momento de la caída el paciente estaba en:

☐ La cama ☐ El pasillo ☐ El baño ☐ La ducha ☐ La silla
☐ La camilla ☐ La cuna de transporte ☐ La silla de ruedas
☐ Otro _____

Característica de la cama o camilla:

SI o NO

- Con barandas arriba _____
- Con ruedas _____
- Con freno _____

Al momento de la caída el paciente estaba:

☐ Solo ☐ Acompañado por enfermera (o) ☐ Acompañado por auxiliar enfermería
☐ Acompañado por auxiliar de transporte ☐ Acompañado por auxiliar técnico radiología
☐ Acompañado por familiar ☐ Otro _____

La iluminación al momento de la caída era:

☐ Natural ☐ Artificial ☐ Oscuro

Estado general del paciente antes de la caída:

☐ Tranquilo ☐ Intranquilo ☐ Ayuno. ☐ Dificultad para la marcha.
☐ Problema de audición ☐ Inconsciente ☐ Problema de visión.
☐ Confuso ☐ Orientado ☐ Otros. _____

El paciente está en tratamiento con:

- ☐ Psicofármacos ☐ Sedación ☐ Diuréticos ☐ Hipotensores
☐ Otros _____

Posterior a la caída:

- ☐ Se avisó a la enfermera(o) de turno
☐ Se avisó al Supervisor de los cuidados de enfermería
☐ Se avisó al Médico

¿Cuánto tiempo transcurrió? _____

¿La caída tuvo consecuencias para el paciente?

- ☐ No ☐ Sí.

¿Cuáles? _____

Descripción del incidente: _____

Señale las medidas inmediatas que se aplicaron: _____

B. Formulario de denuncia de caída de paciente

III - FACTORES CONTRIBUYENTES: tilde todo lo que corresponda a movilidad

Factores Cognitivos/Funcionales

Se levanta sin problemas ☐ Incontinencia ☐

Circule: urinaria/ intestinal Silla de ruedas ☐

Confusión ☐ Deambula con ayuda ☐

Alteración de la marcha/balance ☐ Sujeción física ☐

Limitación de la actividad diaria ☐ Reposo en cama ☐

Deambula con andador ☐ Otra ☐ _____

Ambiente/Equipamiento

Piso mojado ☐ Poca luz ☐ Objeto necesario fuera de alcance ☐

Área abarrotada ☐ Calzado inapropiado ☐ Barandas: subidas ☐ bajadas ☐

Sin barandas ☐

Tratamiento

No requiere seguimiento ☐

Queda en observación ☐

Se solicitó laboratorio ☐

Se solicitó Rx ☐ Primeros auxilios ☐

Consulta a kinesioterapia y rehabilitación ☐

Suturas: _____

C. Formulario de denuncia de caída de paciente

Notificación de caída en el hospital

Esta notificación es confidencial y se realiza con objetivos de mejora continua de la calidad y seguridad de los pacientes. No incluya este formulario en la Historia Clínica

I. DATOS GENERALES DE LA CAÍDA

Nombre y apellido de la persona accidentada: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Día: (Ej sábado) _____

Turno: _____ ☐ Internado ☐ Ambulatorio ☐ Personal ☐ Visitante

Lugar: Habitación ☐ Pasillo ☐ Baño ☐ Escaleras ☐ Guardia ☐

Rayos ☐ Quirófano ☐ Otro ☐ (especificar) _____

Testigos: Sí ☐ Nombre del testigo _____

No ☐ Nombre de la persona que descubrió el incidente _____

Descripción:

Encontrado en el piso ☐ Se le cayó al personal ☐ Se le cayó a familiar ☐

Se cayó solo ☐

¿Qué estaba haciendo?

Trataba de bajarse de la cama ☐ Estaba parado y quieto ☐ Trataba de ir al baño ☐

Estaba sentado en la cama (pies colgando) ☐ Estaba tratando de alcanzar un objeto ☐

Trataba de bajarse/subirse a camilla o silla de ruedas ☐ Se duchaba ☐

Notificación a médico: No ☐ Sí ☐

Hora de notificación: _____ Hora de respuesta: _____

Notificación a familiar: No ☐ Sí ☐

II. EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Sin lesiones ☐ Con lesiones ☐ Fractura/luxación ☐ Alteración de la movilidad ☐

Depresión del sensorio ☐ Contusión ("moretón") ☐ Herida Cortante ☐

Sangrado ☐ Dolor intenso ☐ Sangrado ☐ Laceración ☐

Otra lesión: _____

Describe la localización de la lesión _____

Signos vitales: pulso: _____ T.A: _____ F. Resp: _____

Calificación de la lesión: menor ☐ mayor ☐ muerte ☐

Nombre de la persona que evaluó el paciente: _____

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA
PREVENCIÓN Y CUIDADO DE
ÚLCERAS POR PRESIÓN**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que genera en las estructuras musculares y tendinosas en un área corporal. La prevalencia de estas oscila entre el 3% y el 50% en las unidades de cuidados intensivos, medicina interna y neurología, mientras que de acuerdo a los diferentes países la prevalencia es de 23-29% en Canadá, en Australia 6-15% y Estados Unidos 8-15%. En el 2009 un estudio europeo revela una prevalencia en Bélgica/Suiza/Inglaterra de 21-23%, Italia 8% y Portugal 13%. Por otro lado en España el estudio español GNEAUPP (2005-2006) reporta en todas las comunidades un 8%, en cambio, la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera por presión oscila entre 7.7% y 26.9%; dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años.

Según el primer estudio de úlceras por presión, GNEAUPP, la localización de las úlceras por presión en los hospitales se distribuye de la siguiente forma: sacro: 50.45%, talón: 19.26%, trocánter: 7.64%, glúteo: 4.58%, maleólo: 3.36% y occipital: 3.36%.

Las úlceras por presión representan un gran problema de salud, pues deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentan el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y representan una complicación del cuidado, constituyendo la causa más frecuente de retraso en rehabilitación de los pacientes.

1. OBJETIVO

Aplicar prácticas seguras en prevención y cuidados de úlceras por presión en pacientes con pérdida de movilidad para disminuir complicaciones y mortalidad y por ende mejorar su calidad de vida.

2. EVIDENCIA

Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlo. Generalitat Valenciana. Consejería de Sanitat, 2012.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Profesional de enfermería que presten atención a pacientes con úlceras por presión o que se encuentren en riesgo de padecerla.

4. POBLACIÓN DIANA

Todo paciente que por una afectación de salud por cualquier factor que limite su movilidad, se encuentre en riesgo de padecer úlcera por presión.

5. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

Lesión en la piel y tejidos subyacentes, como consecuencia de la isquemia producida por presión prolongada, fricción o cizallamiento entre los tejidos que la envuelven.

6. CLASIFICACION DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

6.1. Categoría I:

Piel intacta con enrojecimiento no bloqueable de un área localizada, generalmente, sobre una prominencia ósea, esta es difícil de detectar en las personas con tonos de piel oscura pigmentada, pues esta puede no tener palidez visible y su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o mas fría en comparación con los tejidos adyacentes. La utilización del método del disco transparente es la manera correcta de diagnosticarlas.

6.2. Categoría II:

Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como:

- a. Úlcera abierta poco profunda
- b. Lecho de la herida rojo-rosado sin esfacelo
- c. Flictena o blíster intacta llena de suero o abierta/rosa
- d. Úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas sin lesión en tejidos profundos

Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones por adhesivos, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.

6.3. Categoría III:

- a. Pérdida completa del tejido.
- b. Grasa subcutánea visible, pero huesos, tendones o músculos no expuestos.

- c. Los esfacelos pueden estar presentes, aunque sin ocultar la profundidad de la lesión.
- d. Puede incluir cavitaciones y tuneliza iones.
- e. La profundidad de la úlcera por presión de categoría III varía según localización anatómica.
- f. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo, por lo que las úlceras pueden ser poco profundas.
- g. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

6.4. Categoría IV:

- a. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto
- b. Los esfacelos o escaras están presentes
- c. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones
- d. La profundidad de la úlcera en esta categoría varía según la localización anatómica
- e. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo y las úlceras son muy poco profundas
- f. Pueden extenderse a un músculo o estructuras de soporte, como por ejemplo la fascia, tendón o cápsula de la articulación, pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis y osteítis
- g. El hueso o músculo expuesto es visible o palpable

6.5. Valorar el riesgo de úlcera por presión por escalas de BRADEN:

1. Programe los cambios posturales (frecuencia, posiciones y evaluación de las intervenciones) de manera individualizada, dependiendo de la superficie en la que esté la persona.

2. Inspeccione la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer úlcera por presión.
3. Utilice suero fisiológico o agua destilada para limpiar el sitio afectado.
4. Use dispositivos de posicionamiento de alivio de presión, como espuma o almohadas, para la protección de zonas anatómicas de especial riesgo y prevenir contacto directo de prominencias óseas.
5. Combine cambios de posición cada 4 horas y el uso de colchón de espuma visco elástica.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1. Prevención:

- a. Realice valoración de riesgo de úlcera por presión mediante escala de BRADEN.
- b. Oriente al paciente y familia sobre las medidas preventivas de acuerdo a la clasificación establecida.
- c. Cambie de posición al paciente con mayor frecuencia según su peso.
- d. Oriente al paciente, si puede moverse, a cambiar de posición por sí mismo en intervalos frecuentes.
- e. Use dispositivos de ayuda u otras alternativas para evitar arrastrar al paciente y por tanto su piel, durante los cambios de posición.
- f. Evite colocar al paciente de forma que se apoye sobre las úlceras.
- g. Estimule la actividad y el movimiento sin lesionar al paciente.

- h. Inspeccione la piel de forma sistemática y mantenga limpia y sin humedad.
- i. Mantenga la ropa del paciente y cama limpia, seca y sin arrugas.
- j. Utilice agua tibia y jabón neutro en la higiene diaria.
- k. Realice un secado de la piel meticuloso, pero sin fricción.
- l. Lubrique la piel con ácidos grasos hiperoxigenados.
- m. Vigile protuberancias.
- n. No realice masajes sobre las prominencias óseas.
- o. Evite la humedad. En caso de incontinencia urinaria, realice cambios de ropa.
- p. Controle la ingesta de alimentos, adapte la dieta a los requerimientos individuales del paciente y su condición de salud.
- q. Valore desnutrición y control de peso.

7.2. Curación:

- a. Control del dolor antes y después del procedimiento.
- b. Como norma, utilice para la limpieza solución fisiológica o agua destilada.
- c. Realice lavado de manos en cada procedimiento y entre cada uno.
- d. Inicie la curación por la úlcera menos contaminada.
- e. Lave la lesión con solución salina al 0.9%, a una presión que arrastre las sustancias de desecho del lecho de la úlcera, pero que no lesione el tejido sano en crecimiento.
- f. Irrigue el suero en espiral del centro hacia los bordes.
- g. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o la que se realiza con jeringa de 20cc.

- h. Realice secado suave sin fricción. Se aconseja sólo secar zona peri-ulceral para evitar traumatismos por fricción.
- i. Utilice campo y guantes estériles para cura, sobre todo en caso de desbridamiento cortante.
- j. Use instrumentos estériles en desbridamiento cortante.
- k. Seque por empapamiento usando la mínima fuerza.
- l. Utilice el desbridamiento para eliminar el tejido no viable del lecho de la herida.
- m. Considere el uso de apósitos moduladores de proteasas para el tratamiento de úlceras tórpidas.
- n. Aplique un producto de barrera, pomada o película, para mantener la piel perilesional sana, evitando la maceración.

8. SIGNOS DE ALERTA

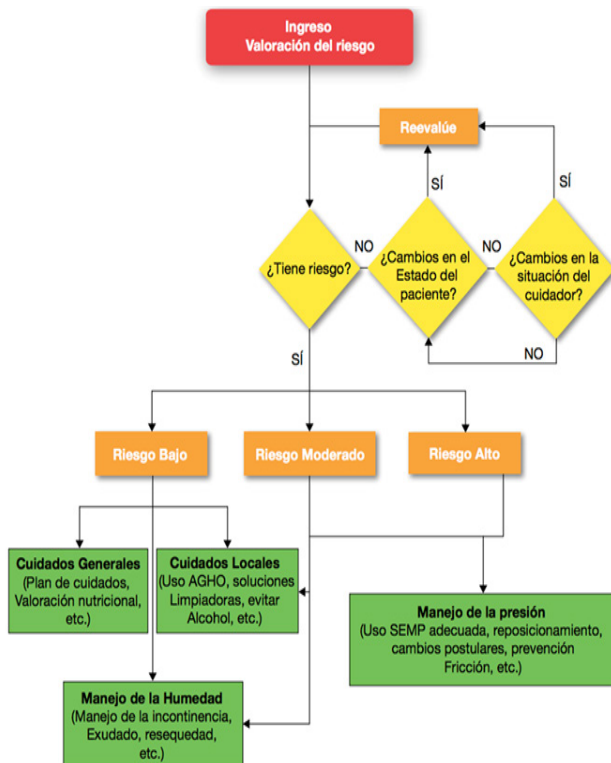
8.1. Factores de riesgo de úlcera por presión:

- a. Edad avanzada.
- b. Inmovilidad.
- c. Paciente encamado con incontinencia urinaria.
- d. Desnutrición.
- e. Alteración en el estado de consciencia.
- f. Deficiencias motoras o sensoriales.
- g. Hábitos y estado de higiene.
- h. Alteraciones vasculares y del colágeno.
- i. Alteraciones respiratorias y trastornos en el transporte de oxígeno.
- j. Lesiones cutáneas.
- k. Formación inadecuada del cuidador.

9. EDUCACUON AL PERSONAL DE SALUD, AL PACIENTE Y LA FAMILIA

- a. Mantener la piel seca y limpia.
- b. Enseñe cómo cambiar los paños o gazas húmedas.
- c. Explique la necesidad de aumentar la ingesta de proteína durante la cicatrización de los tejidos.
- d. Enseñe cómo hacer los cambios de posición.
- e. Informe la importancia de evitar la posición prolongada sobre determinada área de presión.
- f. Explique cómo se mantiene la posición anatómica correcta.
- g. Oriente al paciente y familiares sobre la prevención de úlceras durante la permanencia prolongada en cama.
- h. Promueva la participación activa del grupo familiar sobre el cuidado del paciente de UPP.
- i. Oriente sobre los hábitos de higiene requeridos por el paciente.

10. ALGORITMO PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE ÚLCERA POR PRESIÓN



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Advisory Panel EPUAP. Pressure ulcer prevention recommendations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2009. 9.guideline Nc. Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. 2014
2. Andalucía SAdSCdSJd. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Available from: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud. 2012:1-271
3. Andalucía SAdSCdSJd. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. 2012:1-271. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
4. Association for the Advancement of Wound Care A. Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines 2010. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24361>
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat de la presente edición: Generalitat, 2012. <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/gui-acuidadosupp>.
6. Guideline Nc. Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. 2014

7. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP. Pressure ulcer prevention recommendations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2009.
8. Renata Virginia González-Consuegra, Diana Marcela Cardona-Mazo, Paola Andrea Murcia-Trujillo, Gustavo David Matiz-Vera. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar.. rev. fac.med. vol.62 no.3 Bogotá July/ Sept. 2014

12. ANEXO

Escala de Braden Bergstrom						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA
PARA LA PROMOCIÓN DE
LACTANCIA MATERNA**

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería y los centros de atención sanitaria respaldan la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, OMS, de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses y continuada con alimentación complementaria hasta los dos (2) años o más. Los profesionales de la enfermería desempeñan un papel fundamental en la promoción de un entorno que favorezca la lactancia materna.

A los fines de lograr que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, recomiendan “que la lactancia se inicie en la primera hora de vida; el lactante sólo recibirá leche materna, lactancia a libre demanda y no utilizar biberones, tetinas ni chupetes”.

Los profesionales de la enfermería respaldan, de igual modo, la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres, IHANM, lanzada conjuntamente en 1992 por la OMS y la UNICEF. La IHANM indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir los ‘10 pasos para una lactancia feliz’. Las instituciones y centros de atención sanitaria deben aspirar a recibir la acreditación de la Iniciativa del Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres.

1. OBJETIVO

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad del lactante y continuada con alimentación complementaria hasta dos años o más de vida para un crecimiento y desarrollo saludable.

2. EVIDENCIA

- Breastfeeding-friendly physician's office: optimizing care for infants and children, revised 2013.
- Guía de buenas prácticas en enfermería, 2003 revisada en 2007.
- Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida, 2004.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Personal que labora en cualquier nivel de atención, donde acuden gestantes, niños y niñas menores de dos años de edad y/o en establecimientos con atención a partos y sus áreas de parto y posparto.

4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres gestantes, madres de neonatos, lactantes menores de dos años, familiares y acompañantes.

5. DIRECTRICES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- El establecimiento de salud, en cualquier nivel de atención, público o privado, debe disponer de políticas relacionadas con la lactancia materna según la Ley 8-95.

- Capacitar en lactancia materna a todo el personal que esté relacionado con madres e infantes, en toda la Red de Servicios de Salud.
- Los hospitales con atención obstétrica promoverán la implementación de los pasos relacionados con la IHANM.
- Proporcione apoyo a las madres y familiares durante el período prenatal, parto, puerperio y a su salud del hospital, a fin de lograr una lactancia exitosa.
- Oriente a la madre sobre alimentar al recién nacido con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada con alimentación complementaria hasta por lo menos los dos años de edad.
- Durante la consulta prenatal, oriente a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre, el bebé y la familia, y la forma de ponerla en práctica para obtener un mayor impacto en el inicio de la lactancia materna.
- Durante la consulta prenatal, distribuya algún material educativo sobre lactancia materna. Revise los programas disponibles para el público y realice los cambios oportunos según el presente protocolo.
- Promocione un entorno que favorezca la lactancia materna, es un papel fundamental del servicio de enfermería en el área materno e infantil.

- Proporcione a los padres o cuidadores información completa, veraz y actual de los beneficios de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y sobre las prácticas de alimentación óptima.
- Al momento del nacimiento, todo recién nacido con un Apgar de 7 o más se secará con paño seco, suave y estéril y se colocará piel con piel encima del vientre de la madre y se dejará hasta lograr el apego precoz, lo cual pudiera ser hasta una hora..
- En sala de puerperio, un miembro del personal de salud ayudará a la madre a iniciar la lactancia materna la primera hora luego del parto y le mostrará las correctas técnicas de amamantamiento:
 - El pecho del bebé estará pegado al pecho de la madre
 - Verificar el buen agarre del pezón.
 - Estimule con el pezón la nariz y la boca del bebé y al abrir la boca, acerque al pezón y al pecho y que la barbilla toque el pecho
 - Pezón y la areola en la boca del niño.
 - Asegure que la madre no sienta molestias en el pezón.
- Es importante que la madre aprenda la extracción manual:
 - Lave sus manos
 - Dar ligeros masajes alrededor del seno
 - Presione el índice y pulgar hacia las costillas, apriete suavemente
 - Utilice un recipiente limpio y coloque cerca del pezón
 - Recoja la leche en la taza, relaje las manos y repita el proceso.

- Explique cómo conservar la leche y refuerce los beneficios de lactancia exclusiva.

- El hospital proporcionará antes del alta médica un listado de las UNAP correspondientes al área de influencia así como de grupos de apoyo si existieran. Así mismo se dará listado de contactos telefónicos o personas claves en la comunidad cercana a la residencia previamente identificado para apoyar la madre en caso de algún contratiempo con la lactancia.

6. CONDICIONES QUE PUEDEN INTERFERIR CON LA LACTANCIA MATERNA

Los signos de alerta serán tomados en cuenta por el personal sanitario en diferentes estadios, como son:

- Control prenatal
- El momento del parto
- Puerperio.

6.1. Durante la etapa prenatal:

- a. Pezones planos o invertidos. En estos casos es necesario anotar en el expediente clínico y tomar en cuenta luego del parto
- b. Cicatrices que puedan impedir la lactancia y afecciones de la piel, alrededor de las mamas si la madre tiene implantes en las mamas u otros
- c. Desconocimiento sobre la importancia de la lactancia materna por parte de:
 - Embarazada.
 - Disponibilidad de apoyo por parte de su pareja para lactar.

- Hábitos tóxicos de la madre.
 - Edad de la madre.
 - Prejuicios sobre la lactancia.
- d. Los principales signos de amamantamiento ineficaz o mal agarre deben ser detectados y corregidos por médicos generales, obstetras, trabajadores sociales y profesional de enfermería.

6.2. Al momento del nacimiento:

Apatía de la madre al momento del apego precoz, desconocimiento sobre la importancia de la lactancia y/o indiferencia del personal de salud que interviene en el parto. Es importante realizar el apego precoz.

6.3. Durante el puerperio:

- Pérdida de peso del lactante mayor del 7% respecto al peso al nacer, lactante que no ha empezado a ganar peso después del 5to día de nacido.
- Pérdida continuada de peso después del 3er día de nacido, lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el 14vo día.
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas durante los primeros días de nacimiento.
- Heces meconiales después del 4to día.
- Menos de 3 pañales mojados en 24 horas después del 4to día.
- Lactante irritable, inquieto o somnoliento que se rehúsa a las tomas.
- Deglución no audible durante las tomas.

- Enfermedad infantil: ictericia neonatal, necesidad de fototerapia, hipoglucemia, estrés por frío, nacimiento prematuro, muguet: candidiasis bucal del infante, separación de la madre, labio leporino y paladar hendido.
- Adopción.
- Rechazo o dificultad para lograr el agarre al pecho.
- Succión ineficaz o mal agarre.
- Dolor de pezones persistente o creciente.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando.
- El dolor y trauma de pezón, pezones agrietados, sangrantes, irritados, plazos o invertidos.
- Ingurgitación mamaria: acumulación de leche en los conductos.
- Mastitis, obstrucción de los conductos.
- Enfermedad materna: citomegalovirus, hepatitis B, streptococo B, cirugía de la mama o situaciones como VIH.
- Nacimientos múltiples.
- Suministro insuficiente de leche.
- Suministro superabundante de leche.
- Hiperactividad del reflejo de eyección o bajada de la leche.

7. EDUCACIÓN AL PERSONAL DE SALUD, USUARIA Y FAMILIARES

- a. El personal sanitario responsable de la salud de la madre o el recién nacido, durante la estancia hospitalaria o la atención en las consultas, debe asegurarse de que los progenitores entienden la lactación y la importancia de la lactancia.

- b. Las medidas de apoyo a la lactancia serán coordinadas y coherentes entre todos los niveles de atención:
- Desde la maternidad, coordine la atención con el profesional de salud de atención primaria y acordar o asegurar una cita al momento del alta médica para control de peso 24-48 horas después.
 - Enseñe el estímulo del seno materno mediante la extracción manual y en su defecto con bomba sacaleches hasta provocar la producción de leche.
 - Los profesionales de atención primaria o en la maternidad, evaluarán la ganancia ponderal y otros factores clínicos indicativos de amamantamiento eficaz.
 - Durante el primer mes se citará al lactante a visita en la consulta de atención primaria o en la maternidad, las veces necesarias hasta que se haya establecido un patrón adecuado de ganancia ponderal.
 - Se realizarán actividades de educación de lactancia materna de forma estructurada, que serán impartidas por trabajadores sociales o enfermeras de pediatría y obstetricia, para asegurar los conceptos aprendidos en el período prenatal haciendo hincapié en ppautas anticipatorias para la resolución de problemas comunes que pueden interferir con el mantenimiento de la lactancia como:

Dolor de pezón:

- Inicialmente, pueden aparecer pequeñas molestias al inicio de cada toma cuando el lactante coge el pecho.
- A menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado.

- El dolor que persiste durante o después de la toma o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos

La congestión mamaria:

- Ocurre entre el 3er y 5to día después del parto.
- La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda.
- No se utilizará calor hasta que la leche haya empezado a gotear.
- Se utilizarán bolsas de frío, analgésicos y antiinflamatorios.
- Se ayuda realizando la extracción manual o utilizando el extractor para acelerar el estímulo de 'bajada de la leche.

Percepción de producción láctea insuficiente y llanto del lactante:

- En la segunda semana de vida la congestión mamaria disminuye, pero esto no es un signo de menor producción de leche.
- Cuando un lactante muestra un aumento brusco de hambre o crece repentinamente, el aumento en la frecuencia de las tomas, durante 48 horas, producirá un aumento en la producción total de leche. El primer aumento brusco de leche aparece generalmente en la segunda semana de vida.
- Las deposiciones y micciones (excretas) del lactante, son los mejores indicadores de una ingesta adecuada.

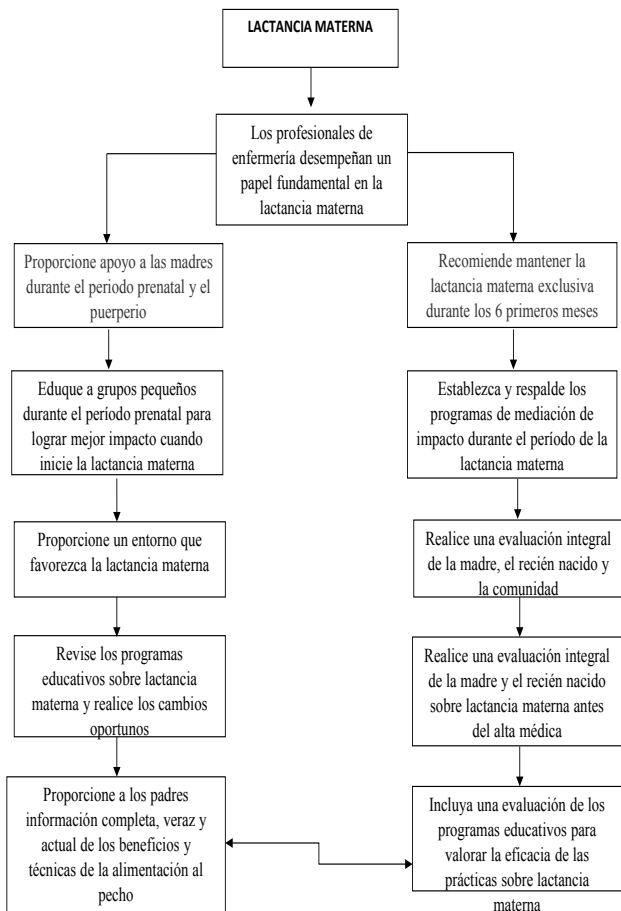
- Si el lactante irritable muestra una excreción adecuada y gana buen peso, la irritabilidad no se debe a falta de leche.
- Investigar si la madre está ofreciendo otro alimento al neonato distinto a la leche materna.
- La madre debe conocer el tipo de llanto de su recién nacido pues este no solo llora por hambre, puede sentirse enfermo, estar mojado, querer estar cerca de la madre, entre otras causas.
- Las sesiones educativas postnatales se acompañarán de entrega de material escrito que reúna los criterios descritos anteriormente. Idealmente, las sesiones se apoyarán en material audiovisual adecuado y congruente.
- Se pondrá a las madres en contacto con algún grupo de apoyo local, sobre todo si expresa dificultades en el amamantamiento.
- Se orientará a la familia o allegados en las actividades educativas sobre la lactancia.
- Se orientará a la madre para que pueda mantener la producción de leche una vez se incorpore a su trabajo, si esta tiene empleo.

7.1. Materiales y equipos:

- Bomba sacaleches o extractor de leche
- Retroproyector
- PC
- TV
- Fotocopiadora
- Maniquí pediátrico
- Senos de tela con dibujos de conducto

- Tóner
- Grapadora
- Rotafolio
- Marcadores
- Paleógrafos
- Cartulinas
- Afiche, brochur
- Lápices, bolígrafos
- Sacapuntas
- Reglas
- Pizarra
- Papel 8 ½ x 11
- Cinta adhesiva

8. ALGORITMO



9. BIBLIOGRAFIA

1. Breastfeeding friendly physician's office: optimizing care for infants and children, revised 2013.
2. Guía de buenas prácticas en enfermería, 2003, revisada en 2007. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, Registered Nurses Association of Ontario, RNAO. 2003, revisada en 2007.
3. Phillip BL, Academy of Breastfeeding Medicine Protocolo Committe. ABM Clinical Protocol no. 7: model of breastfeeding policy, revision 2010. Breastfeeding med. 2010. Aug. 5 (4):137-7. (37 references) PubMed.

