



CAPÍTULO I



Procedimientos generales específicos de atención especializada

1.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• **Definición:**

Acogida del paciente y su familia en una unidad de hospitalización. Recogida y análisis de la situación al ingreso del paciente.

• **Objetivos:**

- Lograr la integración del paciente y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano.
- Reducir la ansiedad del paciente y familia, proporcionándole seguridad y ambiente terapéutico.
- Proporcionar la información necesaria que necesite el paciente y su familia.
- Emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.
- Establecer las intervenciones enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del paciente para la planificación de los cuidados de enfermería.
- Valorar el estado del paciente al ingreso.

• **Equipo:**

- Timbre y luz de fácil acceso al paciente.
- Material de higiene.
- Dispositivos de ayuda a la eliminación: cuña, botella.
- Ropa hospital.
- Vaso, plato.
- Habitación asignada limpia y preparada (cama, mesilla, silla/sillón y armario)

• **Material:**

- Utensilios personales: pañuelos de papel, jabón y caja de prótesis dental, si precisa.
- Hoja de valoración de enfermería.
- Documentación clínica.

• **Procedimiento:**

- Acomodar al paciente y familia en la habitación.
- La enfermera recibirá al paciente, presentándose ella y al resto del equipo. Presentar al compañero de habitación si su estado lo permite.
- El paciente tendrá asignada una enfermera responsable de sus cuidados.
- El paciente llegará con la historia clínica. La enfermera comprobará datos y con-

- tenido de la misma (órdenes médicas, restricciones, pruebas diagnósticas, etc.)
- Realizar valoración de enfermería al ingreso y cumplimentar el registro antes de las primeras 24 horas tras el ingreso.
 - Analizar los diagnósticos y problemas de enfermería para la posterior planificación de cuidados de enfermería.
 - Valorar la perspectiva sociocultural del paciente para planificar los cuidados culturales
 - Pautar la medicación prescrita y aplicar las órdenes médicas pautadas.
 - Incluir al paciente en el planning de la unidad.
 - Facilitar información al paciente y familia sobre: las diferentes personas que forman el equipo, la estructura física de la habitación y la unidad, equipo de la habitación, normas de régimen interno (visitas, horarios de comidas, depósito de objetos de valor, servicios del hospital, etc.)
 - Se le entregará al paciente las normas de funcionamiento de la unidad y del hospital por escrito así como la información sobre los derechos del paciente.
 - Proporcionar al paciente los utensilios de aseo y ropa del hospital estipulada por el centro.
 - Establecer los procedimientos de higiene si procede.
 - Comunicar ingreso a cocina, farmacia, etc.
 - Colocar al paciente la pulsera de identificación inequívoca proporcionada por el servicio de admisión.
 - Asegurarse antes de salir de la habitación de que el paciente no necesita nada y que se encuentra cómodo.
 - Registrar en la documentación de enfermería la cumplimentación de este procedimiento.

• **Observaciones:**

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- Urgente: proviene del servicio de urgencias.
- Programado: proviene del servicio de admisión.
- Traslado intrahospitalario: procedente de otra unidad de hospitalización.
 - ✓ Proporcionar un clima de aceptación y acogida.
 - ✓ Evitar interrumpir al paciente cuando esté hablando.
 - ✓ Dirigirse al paciente por su nombre, indicando el nuestro.
 - ✓ Adaptar nuestro lenguaje al nivel de comprensión del paciente y familia.
 - ✓ Observar conductas no verbales del paciente y familia.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Esta realizada la valoración al ingreso dentro de las primeras 24 horas.	
Están los datos de identificación del paciente.	
Están los datos de seguridad.	
Están valoradas las necesidades del paciente.	
Firma de la enfermera que realiza la valoración.	
Identificadas los diagnósticos de enfermería	
Planificadas las acciones en relación con las necesidades detectadas.	
Anotaciones por turno en relación a las acciones planificadas.	
Se entrega al ingreso las normas de funcionamiento escritas de la unidad y el hospital.	

1.2. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• **Definición:**

Ubicar al paciente en otra unidad de hospitalización diferente a la actual.

• **Objetivo:**

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería al paciente durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

• **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado: silla de ruedas, cama, camilla, cuna, incubadora, etc.

• **Material:**

- Impreso de traslado.
- Historia clínica.
- Bolsa con los enseres personales.
- Medicación.

• **Procedimiento:**

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista

con antelación garantizándoles la continuidad de los cuidados.

- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Llamar al lugar de recepción para comprobar que todo esté preparado para recibirle.
- Comprobar el buen estado de la fluidoterapia, sondajes, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar la medicación necesaria ante el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados, así como la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Se trasladará al paciente acompañado de personal de enfermería si precisa.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

• Observaciones:

- Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, la comodidad del paciente, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.
- Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres y dolor por movilización.

• Bibliografía:

- Bibliografía general.

• Criterios de evaluación

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Existe un informe resumen de la situación del paciente en el momento del traslado: necesidades alteradas, catéteres, requerimientos de cuidados especiales.	

1.2.1. Traslado del paciente a pruebas complementarias o exploraciones

• Definición:

Enviar al paciente a otro servicio u otro centro sanitario donde se le realizarán pruebas complementarias o exploraciones.

• Objetivo:

Realizar el traslado del paciente para la ejecución de las pruebas complementarias o exploraciones, en condiciones de seguridad y comodidad evitando complicaciones.

• Equipo:

- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora, etc.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• Material:

- Autorización para la prueba solicitada.
- Impreso solicitud de la prueba.
- Historia clínica del paciente.
- Impreso petición de ambulancia, si precisa.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

• Procedimiento:

- Verificar los datos de identificación del paciente con los de la prueba solicitada.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar paciente y familia.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
- Cursar ambulancia, si precisa.
- Comprobar la correcta higiene del paciente y cama.
- Preparar al paciente para su traslado: revisar sueros y garantizar su ritmo de perfusión, posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si es necesario.
- Adjuntar documentación según protocolo de la prueba.
- Se trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Bibliografía:

- Bibliografía general.

- **Criterios de evaluación**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Existe un informe resumen de la situación del paciente en el momento del traslado: necesidades alteradas, catéteres, requerimientos de cuidados especiales.	

1.2.2. Recepción del paciente tras exploraciones o pruebas complementarias

- **Definición:**

Acogida que realiza la enfermera al recibir al paciente tras la exploración o pruebas complementarias, para valorar su estado general.

- **Objetivo:**

Recibir al paciente garantizando la continuidad de los cuidados.

- **Equipo:**

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

- **Material:**

- Historia clínica completa del paciente.
- Material oxigenoterapia, sueroterapia, aspiración, drenaje, si precisa.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- La enfermera responsable de los cuidados recibirá al paciente.
- Verificar datos de identificación del paciente.
- Acompañar al paciente hasta su instalación definitiva en la habitación.
- Disponer de soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos, revisar sueros, catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si precisa.
- Comprobar las condiciones de los catéteres, drenajes, apósitos, etc.
- Revisar historia clínica ajustando tratamientos y cuidados.
- Realizar valoración del paciente comparándola con la del ingreso para adecuar los cuidados a la situación actual.
- Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes, si los hubiera.
- Si las condiciones del paciente lo permite facilitar el acceso moderado de los familiares.
- Registrar en la documentación de enfermería la situación actual del paciente.

- **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

- **Criterios de evaluación**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Existe un informe resumen de la situación del paciente en el momento del traslado: necesidades alteradas, catéteres, requerimientos de cuidados especiales.	

1.3. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

- **Definición:**

Enviar al paciente desde su lugar original a otro centro hospitalario.

- **Objetivo:**

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

- **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.), hasta el vehículo de traslado.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

- **Material:**

- Impreso autorizado de ambulancia.
- Bolsa con enseres personales del paciente.
- Informe médico y de enfermería al alta.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

- **Procedimiento:**

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación, garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- Cursar ambulancia, si precisa.
- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.

- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar medicación necesaria para el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado. Enviar al servicio de admisión.
- Entregar el informe de enfermería al alta al paciente y familia.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

• **Observaciones:**

- Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, la comodidad del paciente, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.
- Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres y dolor por movilización.

• **Bibliografía:**

- Cuevas JJ, Torralba ML. La enfermera en el traslado de pacientes interhospitalarios. Desarrollo Cientif Enferm 2003;11(5):148-154
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Existe un informe resumen de la situación del paciente en el momento del traslado: necesidades alteradas, catéteres, requerimientos de cuidados especiales.	

1.4. ALTA DEL PACIENTE

• **Definición:**

Finalización de la estancia del paciente y su familia en un centro hospitalario.

• **Objetivos:**

- Garantizar una continuidad de los cuidados (Interrelación atención especializada-primaria).
- Evaluar las necesidades de cuidados del paciente después de la hospitalización y promoción de la readaptación a su medio.
- Asegurarse que el paciente y familia poseen los conocimientos y habilidades para el autocuidado y que pueden controlar la situación en el domicilio (tratamiento farmacológico, dieta, controles, cuidados especiales).

• **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado a las necesidades del paciente (silla de ruedas, camilla, etc.), si procede, hasta el vehículo de traslado.

• **Material:**

- Informe médico y de enfermería al alta.
- Medicación y material de cura, si precisa.
- Impreso de ambulancia autorizado, si procede.

• **Procedimiento:**

1. Valoración de necesidades e identificación de problemas. Determinación de asistencia domiciliaria.
 - Valoración de necesidades de cuidados de enfermería.
 - Valoración de limitaciones físico-psíquicas y de los mecanismos para afrontarlas.
 - Valoración del entorno físico del paciente.
 - Valoración del apoyo social.
2. Preparación del alta del paciente.
 - Informar al paciente y familia con suficiente antelación del alta, el día previsto y la hora.
 - Comunicar al servicio de admisión, farmacia y cocina el alta del paciente.
 - Tramitar la ambulancia si el estado del paciente lo precisa.
3. Registro y documentación del alta. Informe de enfermería al alta.
Basado en metodología enfermera (valoración del paciente al alta, planificación de los cuidados y recomendaciones al alta).
 - Valorar la perspectiva sociocultural del paciente para planificar los cuidados culturales.

4. Ejecución del alta

- Comprobar que no se ha producido ninguna complicación que impida el alta. Si es así, avisar al médico.
- Ayudar al paciente a recoger sus pertenencias y entregar los enseres personales y objetos de valor depositados.
- Entregarle informe de enfermería al alta y verificar que el paciente tiene toda la documentación que necesita: informe médico de alta, citaciones de consultas externas, impreso de oxígeno domiciliario, impreso de ambulancia, etc.
- Asegurarse que el paciente ha comprendido todas las recomendaciones e instrucciones. Repetírselo cuantas veces sea necesario.
- Traslado del paciente según el medio de transporte que necesite (avisar al celador y ambulancia).
- Enviar la historia clínica al personal administrativo para su archivo.

5. Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.

6. Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

• **Observaciones:**

ALTA VOLUNTARIA

- Cerciorarse que el paciente comprende la situación y firma el impreso. Si no quiere firmar se deja reflejado en la historia.
- No pueden firmar el alta voluntaria personas sin capacidad jurídica. Firman sus tutores.
- Si el ingreso es judicial, el alta la da el juez.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Motivo inmediato del ingreso.	
Resumen del plan de cuidados de enfermería llevado a cabo.	
Diagnósticos principales de enfermería resueltos y no resueltos.	
Recomendaciones de cuidados.	
Registro de si se ha evaluado si el paciente y su familia han comprendido los cuidados a realizar en su domicilio.	

1.5. CUIDADOS POST-MORTEM (EXITUS)

• Definición:

Atención del cuerpo fallecido de una persona en un hospital.

• Objetivos:

- Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia.
- Ayudar a los familiares en los primeros momentos a afrontar el proceso de muerte, para poder desarrollar un duelo funcional.
- Preparar el cadáver para su traslado al depósito.

• Equipo:

- Equipo de lencería: batas, sábanas, toallas.
- Sudario.
- Carro de curas.

• Material:

- Material higiene del paciente o útiles de aseo.
- Guantes.
- Mascarilla.
- Pulseras identificativas del paciente.

• Procedimiento:

- La persona responsable de todas las intervenciones será la enfermera a cargo del paciente en el momento de la defunción.
- Comenzar los cuidados post-mortem después de la confirmación por parte del médico.
- Informar cuanto antes a la familia, verificando previamente su identificación y parentesco.
- Consultar a la familia sus prácticas religiosas habituales y actuar en consecuencia.
- Preservar la intimidad de la familia:
 - Separar del compañero de habitación con cortina o biombo.
 - Permitir a la familia permanecer con el fallecido lo necesario.
 - Si el fallecido está sólo, recoger las pertenencias en una bolsa y avisar a la familia.
 - Mantener un ambiente tranquilo y permitir la expresión de sentimientos.
- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido:
 - Desconectar y retirar todos los equipos excepto si se va a realizar necropsia, no retirar sondas, drenajes o catéteres (sólo pinzar y cerrar llaves). Mantener

la pulsera identificativa.

Higiene del fallecido según precise. No taponar los orificios.

Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.

Cerrar ojos y mantener mandíbula cerrada.

Colocar prótesis si es posible.

Hacer la cama.

- Mantener una posición del fallecido digna: decúbito supino, brazos a ambos lados del cuerpo, palmas de las manos hacia abajo y tobillos juntos.
- Envolver en una sábana y poner el sudario. Mantener el cuerpo alineado.
- Poner etiqueta identificativa en el sudario.
- Cada centro designará a la persona encargada de informar a los familiares de los trámites a seguir con el difunto.
- El certificado de defunción será cumplimentado por el médico de guardia.
- Notificar la baja a los servicios de admisión, cocina y farmacia.
- Recopilar la historia clínica para su envío a archivos.
- Recogida de material: recoger ropa y enseres, avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión la disponibilidad de la cama.
- La enfermera registrará en la evolución de enfermería: últimas medidas para evitar la muerte, causa del fallecimiento, hora y fecha.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

1.6. INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO (NIC 7690)

• **Definición:**

Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.

• **Objetivo:**

Detectar precozmente posibles alteraciones en los parámetros analíticos del paciente.

• **Material:**

- Analítica.
- Registros de enfermería.
- Valores normales de laboratorio.

• **Procedimiento:**

- Al recibir un resultado analítico del paciente analizar los valores analíticos tomando en cuenta:

- a) Conocer los márgenes de referencia del laboratorio.
 - b) Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, embarazo, dieta, hora del día, nivel de actividad y estrés.
 - c) Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio.
 - d) Monitorizar los resultados secuenciales para ver las tendencias y los cambios bruscos.
- Informar de cambios súbitos y valores críticos de laboratorio al médico inmediatamente.
 - Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y estado clínico del paciente.
 - Registrar en la documentación de enfermería: los valores de laboratorio, fecha y hora de llegada, incidencias y respuesta del paciente.

- **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

1.7. INFORME DE TURNOS: RELEVO DE ENFERMERÍA (NIC 8140)

- **Definición:**

Intercambio de información escrita y oral esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.

- **Objetivo:**

Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:** 

- Revisar los datos demográficos pertinentes incluyendo nombres, edades y números de habitación.
- Resumir lo importante del historial de salud pasado.
- Identificar los diagnósticos médicos y de cuidados clave y los resueltos, si procede.
- Presentar la información centrándose en datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.
- Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta, terapia líquida, medicamentos y ejercicios.
- Identificar pruebas de laboratorio y diagnósticas que deban realizarse en las

próximas 24 horas.

- Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Describir la respuesta del paciente/familia a las intervenciones de enfermería.
- Resumir los progresos.
- Resumir los planes de alta, si procede.

- **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

1.8. FACILITACIÓN DE PERMISOS AL PACIENTE (NIC 7440)

- **Definición:**

Planificación por parte de la enfermera de una salida del paciente de la institución sanitaria por un tiempo concreto.

- **Objetivos:**

- Mantener en el domicilio el plan de cuidados establecido.
- Enseñar al paciente y familia la continuidad del plan de cuidados.

- **Material:**

- Registros de enfermería.
- Informe escrito para el paciente del plan terapéutico.
- Orden médica por escrito del permiso.
- Medicación a tomar.

- **Procedimiento:**

- Establecer los objetivos a lograr para el permiso.
- Obtener la orden del médico para el permiso.
- Establecer quién es el cuidador principal del paciente.
- Proporcionar información acerca de la duración y restricción del permiso.
- Proporcionar la información necesaria para el caso de que ocurra una emergencia en el domicilio.
- Explicar a la persona de apoyo principal del paciente los cuidados a seguir en el domicilio.
- Preparar la medicación que debe llevarse y explicarle cómo se la ha de tomar.
- Proporcionar los dispositivos y equipos de asistencia necesarios.
- Dar tiempo al paciente y su familia para que hagan todas las preguntas que precisen.

- Obtener la firma del paciente o de la persona responsable en el formulario del permiso.
- Al regreso del paciente a la unidad, evaluar si se han cumplido los objetivos del permiso y el estado del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha en la que el paciente se va y en la que vuelve, valoración del plan de cuidados, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrada en la documentación de enfermería fecha en la que se va de permiso, fecha en la que ha de volver e información sobre los cuidados a seguir en el domicilio.	

1.9. REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS

• **Definición:**

Revisión sistemática del contenido del carro de emergencia según los intervalos de tiempo establecidos por la institución sanitaria.

• **Objetivos:**

- Mantener el carro de emergencia preparado para actuar cuando se precise.
- Asegurar el buen estado de todo el material del carro incluyendo las caducidades de todos los medicamentos y dispositivos.
- Facilitar el acceso rápido a todo el material y fármacos necesarios para el tratamiento de una parada cardiorrespiratoria.

• **Equipo:**

- Pinza de Magill.
- Bolsa de ventilación manual tipo “ambú”
- Tabla rígida.
- Laringoscopio y espátulas números 2,3 y 4.
- Pilas de repuesto para el laringoscopio.
- Palas del laringoscopio: pediátricas y de adulto, rectas y curvas.

• Material:

- Medicación y fluidoterapia según protocolo del centro hospitalario.
- Guantes estériles.
- Sonda vesical
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Tubos endotraqueales de cada número.
- Fiadores o guías de varios tamaños.
- Tubos de Guedel de dos tamaños.
- Vendas.
- Apósitos adhesivos.
- Esparadrapo alergénico
- Tubos de lubricante urológico.
- Jeringas de 5 c.c.
- Jeringas de 10 c.c.
- Mascarilla de ambú de dos tamaños.
- Mascarillas y gafas nasales de oxígeno.
- Catéteres Intravenosos y de vía central.
- Agujas intravenosas.
- Equipos de infusión de fluidoterapia.
- Paquetes de gasas estériles.
- Contenedor para material punzante.

• Procedimiento:

- El carro deberá ser revisado tras su uso y según protocolo del centro.
- Los carros de emergencias deben estar situados en un área accesible y visible de la unidad.
- Durante una emergencia no desechar de inmediato lo administrado y utilizado porque servirá para tener un control de lo administrado y así poder identificar todo lo que se ha de reponer.
- Comparar el equipo del carro con la lista del material que se encuentra encima del carro.
- Localizar todo el equipo y suministros designados en el carro.
- Asegurarse de que el equipo se encuentra en condiciones operativas: buen funcionamiento del laringoscopio, estado de las pilas, ambú, mascarilla y conexiones.
- Limpiar el equipo si es preciso.
- Verificar fecha de caducidad de todos los suministros y fármacos.
- Reemplazar los suministros que falten o estén caducados.
- Instruir al nuevo personal de enfermería acerca del procedimiento de comprobación del carro.

- Registrar la revisión del carro en el registro correspondiente de cada centro.

• **Bibliografía:**

- Fierro J, Ruiz M, Peinado J, Ramos JA, Cárdenas A, Díaz MA. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. Med Intensiva 2003;27(6):399-403

-Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Contiene todo el material según protocolo.	
Contiene toda la medicación según protocolo.	
Los medicamentos que precisan refrigeración están claramente identificados.	
Ausencia de medicamentos caducados.	
Funcionan correctamente el laringoscopio y el ambú.	
Las pilas del laringoscopio están fuera del mismo.	
Registrado fecha de la última revisión.	

1.10. PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DEL CARRO DE CURAS

• **Definición:** 

Limpieza, reposición y mantenimiento del carro de curas que utiliza la enfermera en las curas.

• **Objetivo:**

Facilitar la realización de las curas a la enfermera.

• **Equipo:**

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Bayeta y paño de secado.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí, pinzas Kocher.
- Pinzas de compresión.

• Material:

- Detergente jabonoso.
- Desinfectante superficies.
- Bolsa de deshechos.
- Guantes limpios no estériles.
- Gasas estériles.
- Compresas estériles
- Suero Fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Bránulas.
- Puntos de aproximación.
- Apósitos de fijación transparente.
- Llaves de tres pasos con alargadera.
- Tapones de vía estériles
- Compresor.
- Contenedor pequeño para objetos punzantes.
- Pomadas o cremas.
- Tul graso.
- Gasa hemostática.
- Hojas de bisturí.
- Sedas.
- Agujas IV, SC, IM.
- Jeringas de 5cc, 10cc. 20cc.
- Gasa de bordes.
- Anestésico local.
- Hisopos.
- Vendas.
- Apósitos para tratamiento de úlceras.
- Empapadores.
- Guantes estériles
- Mascarillas.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Retirar todos los materiales y recipientes que haya en el carro en la sala de curas.
- Trasladar el carro de curas al lugar destinado a su limpieza.
- Limpiar la superficie del carro (bandejas, ruedas, etc.) con detergente desinfectante.

- Enjuagar y secar con un paño limpio.
- Dejar secar.
- Colocar una entremetida o paño sobre la superficie del carro.
- Colocar todo el material.
- Cubrir con una entremetida cuando no se use.
- Vigilar los frascos de los antisépticos, pomadas, cremas que estén tapados y limpios.
- Registrar en la hoja de control de limpieza y revisión del carro de curas cualquier anomalía que se observe en cuanto a la reposición y limpieza del carro, en el apartado de observaciones.
- El personal auxiliar encargado de la reposición y limpieza del carro firmará cada vez que lo reponga y limpie.

• **Observaciones:** 

La limpieza del carro se realizará cada 24-48 horas y la reposición cada vez que se utilice.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Los frascos de antisépticos, pomadas, cremas, etc. están limpios, identificados con la fecha de apertura y tapados.	
Ausencia de medicamentos y material caducado.	
Contiene todo el material y medicación según protocolo.	
El carro está limpio.	

1.11. Preparación prequirúrgica. (NIC 2930)

• **Definición:**

Preparación del paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica.

• **Objetivos:**

- Ayudar al paciente a comprender y prepararse para la cirugía.
- Proporcionar los cuidados de enfermería necesarios para la cirugía.
- Promover un entorno de seguridad clínica previo al proceso quirúrgico.
- Disminuir la ansiedad del paciente y familia ante la cirugía.

• **Equipo:**

- Equipo necesario para la administración de enemas, si precisa.

• **Material:**

- Pulsera de identificación.
- Maquinilla desechable de rasurar.
- Jabón.
- Toallas ~~desechables~~.
- Bata ~~desechable~~.
- Calzas ~~desechable~~.
- Gorros desechables.
- Antiséptico bucal.
- Material ~~necesario~~ para la administración de enemas, ~~si precisa~~.
- ~~Material necesario para la administración~~ de medicación.
- Registros de enfermería.
- Historia clínica.

• **Procedimiento:** 

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado de la cirugía.
- Conocer el nivel de conocimientos previo del paciente relacionado con la cirugía.
- Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con la cirugía.
- Permitir al paciente que exprese sus dudas.
- Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.
- Confirmar la explicación recibida.
- Asegurarse de que el paciente está en ayunas, si precisa.
- Verificar que se ha firmado el consentimiento informado.
- Verificar que se han realizado las pruebas de laboratorio necesarias.
- Verificar que se ha realizado ECG, si precisa.
- Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.
- Comprobar que el paciente lleva la pulsera de identificación, y de alergias si procede.
- Verificar la necesidad de rasurado para la cirugía.
- Retirar anillos, pulseras, y extraer dentadura postiza, gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa.
- Quitar el esmalte de uñas y maquillaje, si precisa.

- Administrar enemas, si precisa.
- Administrar medicación previa a la cirugía si procede.
- Comprobar que el paciente se ha realizado la higiene previa a la cirugía o ayudar en la misma si no es autónomo.
- Comprobar que el paciente haya hecho el enjuague bucal con la solución antiséptica bucal.
- Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según protocolo.
- Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimientos realizados, fecha y hora de la cirugía, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:** 

Para el baño o ducha previa a la cirugía no es necesario utilizar jabones con antisépticos cutáneos pues no aporta beneficios en cuanto a la disminución de la infección del sitio quirúrgico.

• **Bibliografía:**

- Webster J, Osborne S. Baño o lavado preoperatorio con antisépticos cutáneos para la prevención de la infección del sitio quirúrgico. (Revisión Cochrane traducida)En: La Biblioteca Cochrane Plus 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007, Issue 1. Chichester, Uk: John Wiley & Sons Ltd). Fecha de modificación más reciente: 176 de febrero del 2006
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación del procedimiento:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Baño o ducha el día de la intervención.	
Rasurada la zona operatoria según protocolo.	
Uñas limpias, cortas y sin esmalte.	
Ropa de cama limpia.	
Sin objetos personales metálicos.	
Historia clínica completa.	
En ayunas según protocolo quirúrgico.	
Premedicación quirúrgica administrada.	
Identificadas alergias del paciente.	

