




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. | |

