

Tomo I

FUNDAMENTOS EN LOS PROCESOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Lida Guerrero Arango
Luz Mary Gallego Cortes
Zaider Gloria Triviño Vargas

VIGILADA
MINISTERIO DE
EDUCACIÓN

USC
UNIVERSIDAD
SANTIAGO
DE CALI

EDITORIAL

El texto aquí registrado fue encontrado en el Repositorio institucional de la Universidad Santiago de Cali:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

Editorial

La Editorial Universidad Santiago de Cali (USC) es un espacio abierto a la comunidad santiaguina en donde estudiantes, docentes y el personal administrativo cuentan con la posibilidad de la publicación. En ella, las publicaciones son una expresión y muestra de las actividades de investigación y docencia, lo que a su vez se hace prueba del compromiso, la cultura y la calidad del contenido que garantiza la Universidad en todas las presentaciones en publicaciones teniendo como guía y haciendo pertinencia en las líneas editoriales correspondientes, todo en el marco de la alta calidad institucional a la que le apuesta la Universidad Santiago de Cali.

Cita este texto en los siguientes formatos:

Apa:

Guerrero Arango, L., Gallego Cortes, L., y Triviño Vargas, Z. (2017). Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo I [Libro electrónico]. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. Recuperado de <https://repository.usc.edu.co/>

Vancouver:

1. Guerrero Arango L, Gallego Cortes L, Triviño Vargas Z. Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo I [Internet]. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2017 [consultado el 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/>

Chicago:

Guerrero Arango, Lida, Luz Mary Gallego Cortes y Zaider Gloria Triviño Vargas. 2017. Fundamentos En Los Procesos Básicos De Los Cuidados De Enfermería. Tomo I . Libro electronico. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://repository.usc.edu.co/>

Contenido relacionado:

<https://repository.usc.edu.co/>



[/publicausc](https://publicausc)

I
TOMO

FUNDAMENTOS EN LOS PROCESOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Coordinadoras

Lida Guerrero Arango
Luz Mary Gallego Cortes

Autoras

Lida Guerrero Arango
Luz Mary Gallego Cortes
Zaider Gloria Triviño Vargas



VIGILADA
MINEDUCACION

EDITORIAL

Guerrero Arango, Lida

Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería I/ Lida Guerrero Arango, Luz Mary Gallego Cortés, Zaider Gloria Triviño Vargas. -- Cali : Universidad Santiago de Cali, 2017.

volumen 1 : tablas ; 24 cm.

Incluye índice temático.

ISBN 978-958-8920-74-0

1. Enfermería - Enseñanza 2. Formación profesional de enfermeros
3. Calidad en servicios de enfermería 4. Servicios de Enfermería
5. Pacientes -Cuidados e higiene 6. Medicamentos - Cuidados de enfermería
7. Administración de medicamentos I. Gallego Cortés, Luz Mary, autora
II. Triviño-Vargas, Zaider Gloria, autora III. Tít.
610.736 cd 21 ed.
A1584294

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango



EDITORIAL

Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de Enfermería. Tomo I

© Universidad Santiago de Cali

© Autoras: Lida Guerrero Arango, Luz Mary Gallego Cortes, Zaider Gloria Triviño Vargas

1a. Edición 100 ejemplares

Cali, Colombia - 2017

ISBN:978-958-8920-74-0

ISBN (Digital):978-958-8920-75-7

Cuerpo Directivo

Juan Portocarrero

Presidente Consejo Superior

Juliana Sinisterra Quintero

Vicepresidenta Consejo Superior

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Jorge Antonio Silva Leal

Vicerrector Académico

Zonia Jazmin Velazco Ramírez

Vicerrectora administrativa

Lorena Galindo

Secretaria General

Julio César Escobar Cabrera

Director Seccional Palmira

Jorge Eliécer Olaya Garcera

Director Extensión y Proyección Social

Juan Carlos Córdoba

Director Departamento Jurídico y Gestión Humana

Rosa del Pilar Cogua Romero

Directora General de Investigaciones

Óscar Albeiro Gallego Gómez

Gerente de Bienestar Universitario

Giovanny Upegui Duarte

Director General de Planeación y Desarrollo

Martha Cecilia Valbuena Tenorio

Decana de la facultad de salud

Comité Editorial

Jorge Antonio Silva Leal

Rosa del Pilar Cogua Romero

Diego Fernando Tarapués Sandino

Martha Cecilia Valbuena Tenorio

Camilia Gómez-Cotta

Patricia Medina Agredo

Ivonne Góngora Lemos

Sandra Patricia Castro

Edward Javier Ordóñez

Coordinación Editorial

Edward Javier Ordóñez

Diagramación e impresión

Artes Gráficas del Valle S.A.S.

Tel. 333 2742

Distribución y Comercialización

Universidad Santiago de Cali

Publicaciones

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: 518 3000, Ext. 414 - 324

Sugerencias y Comentarios al autor:

lida_guerrero@hotmail.com,

marinera1127@gmail.com

La responsabilidad de los textos contenidos en esta publicación es exclusiva de(l) (os) autor(es).

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio fotográfico o digital, incluyendo las lecturas universitarias, sin previa autorización de(l) (os) autor(es).

CONTENIDO

► Agradecimientos.....	13
► Introducción.....	15

Capítulo 1

► Enfermería como ciencia disciplina – profesión y práctica.....	19
► Aspectos generales.....	19
► La enfermería como ciencia y disciplina.....	20
► Enfermería como profesión-práctica.....	23
► La enfermería como arte.....	25
► Consideraciones finales.....	25
► Proceso de cuidado de enfermería, pce, orientado al diagnóstico e intervenciones de enfermería.....	26
► Proceso de cuidado de enfermería pce.....	28
► Bibliografía.....	31

Capítulo 2

► Seguridad del paciente.....	35
► Definición.....	36
► Objetivos noc.....	36
► Recomendaciones.....	37
► Riesgo de caídas.....	37
► Evitar úlceras por presión.....	41
► Evitar infecciones asociadas a la atención en salud.....	46
► Definición.....	48

► Objetivos noc.....	47
► Recomendaciones.....	47
► Lavado de manos.....	47
► Higiene de manos.....	53
► Medidas de bioseguridad.....	55
► Técnica aséptica.....	59
► Manejo de residuos hospitalarios.....	64
► Identificación de los pacientes.....	73
► Atención segura del binomio madre e hijo.....	78
► Atención a la madre.....	78
► Atención al recién nacido.....	84
► Lista de chequeo.....	89
► Lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos.....	90
► Derechos y deberes del paciente.....	98
► Bibliografía.....	105

Capítulo 3

► Confort e higiene.....	109
► Confort.....	110
► Unidad hospitalaria.....	110
► Arreglo de la cama de acuerdo a las necesidades del cuidado.....	113
► Cama cerrada.....	113
► Cama ocupada.....	116
► Cama de anestesia.....	121
► Cama de arco.....	124
► Higiene.....	128
► Baño en cama.....	128
► Baño en silla.....	133
► Higiene genital masculina.....	136
► Higiene genital femenina.....	139
► Higiene y cuidado de la boca a la persona inconsciente o personas con alto grado de dependencia.....	144
► Higiene del cabello.....	146

▶ Masajes.....	149
▶ Posiciones que puede adoptar la persona.....	153
▶ Posición anatómica o normal de pie (bipedestación).....	155
▶ Posición sentada (sedestación).....	157
▶ Posición de decúbito supino o dorsal.....	159
▶ Posición ventral o prona.....	161
▶ Posición decúbito lateral izquierda o derecha.....	163
▶ Posición de fowler y semifowler.....	165
▶ Posición de sims o semiprona.....	166
▶ Posición ginecológica o de litotomía.....	168
▶ Posición de trendelemburg y antitrendelemburg y posición de drenaje.....	170
▶ Posición de roser o de proetz.....	172
▶ Posición para realizar una punción lumbar.....	174
▶ Posición genupectoral.....	176
▶ Bibliografía.....	179
▶ Acerca de los autores.....	181
▶ Pares evaluadores.....	183

La Enfermería como disciplina tiene el propósito de brindar cuidado al ser humano en todas las etapas de su vida. La práctica está fundamentada en la valoración del estado de salud, de la persona, la familia y la comunidad, basados en el diagnóstico, ejecución y evaluación de todas sus actividades. Con el presente texto, las autoras aspiran a contribuir en la formación académica y disciplinar del nuevo colectivo de enfermeras/os, incorporando el proceso de Enfermería para proporcionar un cuidado seguro y humanizado.

*Vive como si fueras a morir mañana,
aprende como si fueras a vivir para siempre.*

Mahatma Gandhi



A GRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a Dios, por el don de la vida.

Al señor Fernando Isaías Olave Martínez, por su acompañamiento en el proceso de organización y transcripción, desde que se inicia esta obra hasta su final.

A los familiares, compañeros y docentes de la Universidad Santiago de Cali, por su acompañamiento incondicional.

A los estudiantes por ser motivo de inspiración para la elaboración de esta obra, que aspiramos sea de gran ayuda en su formación académica y posterior desempeño profesional.



INTRODUCCIÓN

El presente texto aspira contribuir en la formación académica y disciplinar de los estudiantes de Enfermería que se encuentren en su proceso de aprendizaje. También servirá de apoyo a enfermeras/os en la construcción e implementación del diagnóstico enfermero como herramienta fundamental del método científico que facilite la gestión y administración de los cuidados en su práctica diaria, contribuyendo en la ejecución del Proceso del Cuidado Enfermero, PCE, acorde a las necesidades del paciente y sus prioridades de intervención.

Las autoras presentan, en sus diferentes capítulos, contenidos temáticos desarrollados desde la evidencia científica de sus conocimientos, integrándolos con los diferentes diagnósticos de Enfermería que de acuerdo a las taxonomías NANDA, NOC y NIC se deben abordar en la práctica profesional. Es pertinente señalar que fue Vera Fry la enfermera estadounidense, quien en 1953 habla por primera vez del diagnóstico enfermero, integrándolo a su quehacer del cuidado con la utilización de las etapas de valoración, planeación, ejecución y evaluación.

Según Marjory Gordon (1990): “Un diagnóstico de enfermería es un «problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar». Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de la profesión”.

El Proceso de Atención de Enfermería, PAE, también llamado Proceso Enfermero, PE, surge ante la necesidad sentida de un grupo de enfermeras que, ante la incapacidad de llevar a cabo labores específicas de su disciplina y de elevada complejidad para sus prácticas del cuidado, se ven obligadas a recurrir a la academia que les otorga su título profesional para solicitar ayuda en la resolu-

ción de estas carencias del conocimiento. Para dar respuesta a esta necesidad se gesta entonces un movimiento que reúne en torno al tema, a un grupo destacado de enfermeras encargadas de los componentes teóricos (aspectos formativos) y asistenciales (aspectos clínicos), para trabajar en conjunto en esta importante y urgente necesidad.

Esta agremiación de enfermeras fue llamada inicialmente *North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA, 1982. La entidad cambia su nombre en el año 2002 y se convierte en NANDA INTERNACIONAL, nombre que permanece hasta la fecha. La asociación tuvo entre sus objetivos desarrollar y promover una taxonomía de Diagnósticos de Enfermería.

Su primera presidente fue la enfermera Marjory Gordon, doctora en Enfermería. Esta importante asociación mundial de enfermeras se reúne cada dos años en diferentes países del mundo.

En la actualidad la TAXONOMÍA II que fue puesta a disposición de las enfermeras en 1994, reemplaza completamente la anterior taxonomía. Por otra parte, los **Once Patrones Funcionales de Salud** propuestos por la enfermera Marjory Gordon, pasan a convertirse en **Dominios** y **Clases** en la Taxonomía II y éstos son la base para la elaboración del diagnóstico enfermero que enfoca su intervención con base en las respuestas humanas. Un Patrón de Respuestas Humanas, es catalogado como las reacciones que se generan en los seres humanos frente a los problemas de salud.

Los cambios suscitados a través del tiempo de la NANDA tienen por objetivo estandarizar los diagnósticos enfermeros en las enfermeras/os de todo el mundo, apoyados y centrados en el Metaparadigma de enfermería: Persona - Salud - Entorno y Enfermería. Los cuales han permitido que la profesión cada vez tenga un mayor reconocimiento por la comunidad científica. Las estrategias utilizadas para su implementación parten de la utilización consensuada de los 13 Dominios y sus 46 clases, de la Taxonomía, Nursing Outcomes Classification, Noc, y Nursing Interventions Classification, Nic, que sirven de base para la colocación en marcha del plan de acción enfermero. Los diagnósticos enfermeros se estructuran en 2 niveles: Nivel General y Nivel Concreto. El primero se orienta a partir del dominio. El segundo nivel denominado Nivel Concreto, es más específico pues ubica el problema de acuerdo a la situación propiamente a intervenir. Es así como la NANDA diseña una estructura que

denomina TAXONOMÍA, es decir, un lenguaje estandarizado que facilite al colectivo de enfermeras/os la organización sistemática de la información recogida de los diferentes diagnósticos aprobados.

Para la elaboración del Proceso Enfermero, se deben seguir estrictamente una serie de pasos. El primero de ellos es la **valoración** de la persona o el paciente, estrategia que permite la recolección de la información objetiva y subjetiva que ubique a la enfermera en la situación real de salud a intervenir. Para llevar a cabo una eficiente valoración las enfermeras/os puede apoyarse en las catorce Necesidades Básicas de Virginia Henderson o en los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, ahora conocidos como **Respuestas Humanas** que la enfermera/o puede tratar de forma completamente independiente, es decir, propias del quehacer enfermero que no requieren la prescripción médica. El siguiente paso, es considerado fundamental para la resolución del problema y es la **formulación del diagnóstico enfermero**, que puede ser Real, de Riesgo, de Promoción de la Salud (antes llamado de bienestar) o de Síndrome. Estos diagnósticos están clasificados de acuerdo a los dominios y a sus diferentes clases.

El tercer paso es la **planificación y ejecución del cuidado** a realizar. Conociendo como las intervenciones del cuidado. Esta fase se desarrolla de acuerdo a las necesidades del ser humano, teniendo presente su ciclo vital y el contexto en que se desenvuelve el paciente. Para llevarlo a cabo se utiliza la estrategia NIC. Por último, **se evalúa** si la intervención del problema de salud, produjo los resultados que se aspiraba conseguir. Si la respuesta fuera negativa, se llevaría a cabo una nueva valoración del paciente y se realizan los correctivos pertinentes.

La implementación de esta metodología facilita la toma de decisiones, minimiza la posibilidad de cometer errores y de realizar el cuidado en forma mecánica o basado exclusivamente en la tradición, además humaniza la prestación del cuidado y produce satisfacción a quien lo realiza.

El libro, en su capítulo I: Enfermería como ciencia disciplina–profesión y práctica, aborda la historia de la Enfermería desde sus inicios hasta la Enfermería moderna con Florence Nightingale (1820-1910). A partir de este período se inicia el reconocimiento de la Enfermería como profesión. El capítulo II: Seguridad del paciente, presenta una serie de prácticas en salud, cuyo propósito

es prevenir o reducir la ocurrencia de eventos adversos. Según la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo a estudios, en su mayoría son evitables. El capítulo III: Confort e higiene. Higiene son procesos fundamentales del cuidado enfermero, estos garantizan la seguridad de las personas y evitan la propagación de las infecciones asociadas a la atención en salud, consideradas como las principales causantes de las infecciones nosocomiales. Las medidas de confort, contribuyen en la disminución del dolor y participan en la recuperación y rehabilitación de la persona. El Capítulo IV: La administración de medicamentos es una de las prácticas que el personal de enfermería realiza constantemente en su jornada diaria. La finalidad de este capítulo, es proporcionar al estudiante los referentes teóricos que eviten la ocurrencia de errores que conlleven a implicaciones éticas y legales. Los procedimientos de enfermería que se tratan en el capítulo V, son inherentes al quehacer enfermero y constituyen la base de la profesión. La ejecución de cada uno de ellos implica conocimientos, experiencia, habilidad y aplicación de la técnica aséptica cuyo propósito es brindar un cuidado seguro y humanizado. La toma de muestras de laboratorio, Capítulo VI, describe los pasos secuenciales que van desde el cumplimiento de requisitos previos, interpretación de resultados, cuya finalidad es conocer oportunamente alteraciones que comprometan el bienestar y la vida de la persona.

En todos los capítulos se hace énfasis en la aplicación de las fases del proceso enfermero con el propósito de estimular a estudiantes y profesionales de Enfermería a llevar a cabo el arte de cuidar en su quehacer enfermero con amor y vocación.



CAPÍTULO 1

ENFERMERÍA COMO CIENCIA DISCIPLINA – PROFESIÓN Y PRÁCTICA

El presente capítulo, aborda la historia de la Enfermería desde sus inicios hasta la Enfermería moderna, con Florence Nightingale (1820-1910). A partir de este período se inicia el reconocimiento de la Enfermería como profesión.

Aspectos Generales

La historia de los cuidados de Enfermería, en siglos pasados, muestran que eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres, monjes y religiosas. Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermería, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de San Juan de Jerusalén) (1).

La Enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras inició en 1836, en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella, la reformadora de la enfermería británica, Florence Nightingale (2). Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los

heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer, transformaron la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Diferentes profesionales de enfermería han coincidido con nuestra opinión, en que la Enfermería de hoy, su naturaleza y función es el cuidado, se ocupa entonces de dichos cuidados humanos, en la persona sana y enferma, para ayudar en la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en la ciencia y profesión de Enfermería, trabajando en un contexto interdisciplinario, multidisciplinario visionando cada día llegar a la transdisciplinariedad (más allá de los métodos). En la mayoría de los países se considera la Enfermería como ciencia y profesión cualificada, para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico (3).

El profesional de enfermería tiene funciones independientes, que se llevan a cabo, bajo su propio juicio profesional, este juicio es soportado y fundamentado por la ciencia disciplinar llevada a la práctica, basándose en el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE; podríamos citar la decisión de proporcionar confort y bienestar a los enfermos, posturas adecuadas para prevenir contracciones músculo-articulares, úlceras por presión por presión, proporcionar seguridad, educación a los pacientes entre otras. Es decir, aquí consideramos la naturaleza de Enfermería basada en una práctica profesional autónoma.

Ahora se intenta visualizar la Enfermería como ciencia-disciplina y como profesión-práctica.

La Enfermería como ciencia y disciplina

Como ciencia retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, para reflexionar sobre los interrogantes de la misma, qué es Enfermería, cuál es su naturaleza, cuál es su objeto de estudio, como nos aproximamos a dicho sujeto y objeto de cuidado, cuáles son sus conceptos centrales y como se puede actuar en Enfermería; pues aproximándonos al conocimiento de los interrogantes anteriores, reconocemos el camino para desarrollar un cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión) en Enfermería. La Enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y



de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales (4).

Las concepciones de Florence Nightingale fueron influenciadas de los presupuestos filosóficos defendidos por Hipócrates en Grecia Antigua, 400 a.C., de esas observaciones resultaron sus premisas sobre la interrelación del ser humano-medio ambiente y la condición de enfermar como resultado del desequilibrio de esa relación; tanto Nightingale como Hipócrates reconocían las fuerzas curativas inherentes al poder curativo de la naturaleza.

También tuvo influencia del pensamiento de Francis Bacon, conocido por su slogan Baconiano “saber es poder”(5), este slogan nos permite ver explícitamente la superioridad del saber científico sobre las formas de conocimiento. Desde Nightingale, la Enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, recolectados a partir de su experiencia en la guerra de Crimea durante catorce años; mostró la utilización del método inductivo que le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida (6).

Nightingale a partir de sus observaciones en el cuidado de Enfermería mostró que estar enfermo tenía parte de su origen en la pobreza, desnutrición y condiciones insalubres de la época (condiciones de guerra); Nightingale fue una enfermera con capacidad de conectar la condición de enfermar con los factores medio ambientales y más allá, con los determinantes del bienestar de las personas como son: políticas de estado, lo socioeconómico y cultural.

Aseguró que todo lo que no fuese comprobado por los sentidos era superstición, para ella, teoría que no se basara en la experiencia práctica era solo inspiración, en este sentido Reed y Zurakowsky (7), la denominó como teoría y práctica.

Las observaciones de Nightingale, la utilización del método inductivo, la empírica, la sistematización de sus datos ofrece evidencia inicial del desarrollo de la Enfermería como ciencia; pues, si la ciencia desde una concepción filosófica se hace preguntas por la finalidad del objeto de estudio, Nightingale lo hace evidente al conceptualizar explícitamente e implícitamente sobre las leyes de la vida, la importancia del medio ambiente en la curación del enfermo, el ser hu-

mano, enfermería y salud-enfermedad; es decir, comprendió con todo aquello que interactuó: salud, enfermedad, medio ambiente, persona y enfermería, se puede decir, que aquí aplica, el concepto de conocimiento como la consecución o percepción de la realidad adquirida a través de la investigación.

Para Rogers, la Enfermería tiene dos dimensiones principales una, la ciencia de la Enfermería y dos, la utilización o aplicación de esta ciencia para el mejoramiento del hombre; es decir, la práctica de la Enfermería, y agrega: “sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional” (8). Este postulado de Rogers, evidencia a Enfermería como ciencia articulada a la práctica del cuidado. La ciencia de Enfermería incluye el estudio de las relaciones entre enfermeras, usuarios y medio ambiente en el contexto de la salud, en este aspecto, se observa coincidencia con la naturaleza de Enfermería, presentado antes de acuerdo con algunos de los pensamientos de Nightingale.

La ciencia de Enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales, en el control de la práctica (9). La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias (10). La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos (11).



Enfermería como ciencia, tiene un cuerpo de conocimientos propios, como también, se apoya en otras disciplinas. Según Marriner y Raile (12), clasifican tres grupos de teorías que son: las filosofías, los modelos conceptuales o grandes teorías y las de rango medio. Estas teorías presentan conceptos y proposiciones explicativas de los fenómenos de Enfermería, muestra interrelaciones entre los conceptos y paradigmas. Todas las teoristas de Enfermería, definen su comprensión, respecto a los paradigmas, expresados en los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería-cuidado; estos paradigmas están incluidos en el área de interés y preocupación de la ciencia y disciplina de Enfermería. Lo interesante es que estas teorías, le confieren el carácter de ciencia y consideran la dinámica de los fenómenos de enfermería, en interacción con el medio; que le permite transformar las observaciones de dichos fenómenos de interés para Enfermería; de esta manera, la enfermera actúa con las personas y el medio, transformándose y simultáneamente transformando su contexto o medio ambiente. De otra parte, también delimita unos campos de actuación de Enfermería, los cuales se consideran, se manifiestan en la educación (docencia), práctica (asistencia clínica y ambulatoria) e investigación (generación de nuevos conocimientos de Enfermería). Así Enfermería como ciencia y disciplina, trata de establecer todos sus fenómenos y objeto de su interés, expresado como punto central de inicio y final en el **cuidado**, que se manifiesta en la profesión o práctica de Enfermería.

Enfermería como profesión-práctica

La filosofía, la epistemología, la ontología en Enfermería, abarca interrogantes sobre el conocimiento, los valores y el ser, es decir; las creencias que tiene el individuo sobre la existencia. De esta manera, la profesión de Enfermería tiene presente y se permite recordar su sistema de creencias, los mismos conocimientos y guiar la práctica ética en Enfermería.

Se ha descrito antes, que la ciencia de Enfermería provee de conocimientos teóricos, mediante el cual, la práctica se nutre, pero, simultáneamente, nutre y transforma a su vez, a los nuevos conocimientos; de esta manera, la práctica alcanza un alto nivel del cuidado expresado en la mejoría y bienestar de los seres humanos. Gortner (13) afirma que la filosofía de Enfermería representa el sistema de creencias en la profesión y que provee perspectivas para la práctica para enseñanza e investigación. Meleis (14) plantea que “la filosofía es concer-

niente a los valores y creencias de una disciplina y con los valores y creencias sostenidos por los miembros de la disciplina.

Según la doctora Salsberry (15), considera que una filosofía de Enfermería funciona similarmente como un marco de trabajo de acción. Desde nuestro punto de vista, estamos de acuerdo; pues la filosofía comprende el sistema de creencias, y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación y la forma de pensar determina, en gran medida, la manera de actuar de la enfermera.

La enfermera trabaja con las personas sanas o enfermas para identificar sus necesidades o situaciones, comprender como ayudarles, cual es el momento para ayudarles y realizar un **cuidado** que promueva cambios, para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas; en este momento se incorpora el proceso de enfermería, como la herramienta que le confiere identidad, autonomía frente a la actuación disciplinar, referida al **cuidado** de enfermería, articulando la integralidad de la persona desde su componente biopsicosocial y cultural para su actuación en el cuidado.

De otra forma, se considera la naturaleza de la Enfermería (filosofía, ontología, ética), cuando se basa en su ejercicio o práctica profesional con autonomía; en este caso, el interés de enfermería también responde a mejorar el estado actual y potencial de bienestar de las personas. Los conocimientos incluyen información sobre la condición de bienestar de la persona, teniendo en cuenta sus creencias, sus valores sobre salud, estilo de vida, sus sistemas de apoyo y metas relacionadas con la salud. La base del conocimiento fundamentado en la valoración, planificación y ejecución (16).

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica, en el **Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE**, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Volvemos a citar a Roger en 1967, cuando planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional” (17).



La Enfermería como arte

Nightingale definió Enfermería como ciencia y arte, esta última como una vocación, un patrón de sentimientos y moral elevado, como también un desarrollo del potencial intuitivo y creativo.

El arte en Enfermería se expresa en el cuidado como la utilización creadora y estética de la ciencia de Enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado (18).

El arte de la Enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello, el profesional de Enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana (17).

El arte es una expresión de lo humano y su conexión con el proceso cuidado en enfermería se centra en la práctica relacional de enfermería con el paciente, expresiones que se obtiene en el estar con el paciente, tener sentimientos positivos con el paciente, en la esperanza y anhelo de mejoría de las condiciones del paciente; de esta manera la enfermera puede generar creatividad y arte en su práctica de cuidar. Finalmente, es poder estar dispuesta a comprender las respuestas humanas de las personas.

Consideraciones finales

La ciencia disciplina y profesión práctica de Enfermería presenta su preocupación y objeto disciplinar central, en el cuidado; dicho cuidado se manifiesta en la práctica, con la aplicación del Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE. La ciencia le imprime un cuerpo de conocimientos a través de teorías propias como de otras disciplinas, para reflexionar sobre las relaciones de interés, para que se materialice el cuidado, proporcionando a la enfermera, de los conocimientos para su práctica, e imprimiendo el toque artístico y creativo propio de la enfermera. La aplicación del método científico al ejercicio del cuidado, a través del Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, ha sido fundamental a la hora de ofrecer una interacción con las personas de manera estructurada

y lógica; sin embargo, esta interacción debe reconocerse HUMANA, es decir que requiere la observación constante frente al riesgo de ser solamente la repetición automatizada de procedimientos o protocolo ya establecidos.

En este texto se presentan, en los capítulos siguientes, procedimientos básicos de cuidado de enfermería, los cuales las enfermeras (os) en su práctica profesional cotidiana, tiene la impostergable necesidad de realizar dichos procedimientos en el marco de una práctica precedida por la elaboración del Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, teniendo en cuenta las necesidades de las personas con enfoque humanista.

Ahora bien, se ha mencionado antes que el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), se realiza tanto en clínica como en ambulatoria y la enfermera tiene la capacidad de conectar o articular según el o los fenómenos objeto de su cuidado, la teoría que más se corresponda con la necesidad problema o situación que presenta la persona quien demanda la asistencia.

Este texto, entonces, insta a las enfermeras (os), a una práctica científica-disciplinar articulada con una profesión-práctica; esta última se concreta en la utilización cotidiana del Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, en cualquiera de los procedimientos básicos que se muestran en el transcurrir de los capítulos siguientes de este texto, al ser necesarios realizarlos en las personas que los necesitan. La ciencia ofrece soporte a la práctica y esta a su vez apoya y valida la generación de nuevos conocimientos y postulados en Enfermería.

Se considera que la manera más efectiva de conocer nuestras limitaciones es utilizando el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, en nuestra actuación práctica el cual nos conducirá a encontrar los vacíos y deficiencias en la ciencia y disciplina de Enfermería. Adelante, se muestra un cuerpo de conocimientos, que mejoran el bienestar, calidad de vida y promoción de la salud de las personas sanas o enfermas.

Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE

El Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, se define como un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada (19). Todas las partes del proceso están relacionadas entre sí y afectan el todo, las fases del proceso son secuenciales, pero no lineales. La fase de planeación puede conducir a unos



cuidados de Enfermería o la evaluación durante el cuidado de enfermería puede generar otros cuidados. Es importante resaltar que las conceptualizaciones sobre el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, en sus inicios se le llamó proceso de atención y/o intervención, pero, en este escrito se da preferencia como Proceso de Cuidado, por ser considerado por las autoras, como el objeto, esencia y naturaleza de la disciplina de Enfermería.

Bien, en este libro, hemos aceptado que el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, integra los conocimientos como base racional para la práctica, proporciona un método científico, sistemático, organizado, para la profesión, este siempre es el mismo; aunque; las (os) enfermeras tienen la discrecionalidad de escoger la teoría, los modelos teóricos para sustentar e integrar dichas acciones de cuidado. De otra parte, el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, es un método científico, que permite desde la práctica validar conocimientos, transformar dicha práctica y generar nuevos conocimientos. Todas las enfermeras tenemos la responsabilidad de utilizar y validar el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, en nuestro cotidiano ejercicio profesional, en vez de realizar procedimientos desagregados. Es decir, todo el ejercicio profesional debe ser guiado, por el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE.

El Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, se considera un método científico de actuación, al aplicarse, el profesional de enfermería, debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales cuando realiza una valoración adecuada que le permita identificar sus necesidades, para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer esas necesidades. Éstas deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales (20). Cuando la enfermera realiza el proceso de cuidado en su práctica le permite acercarse más; cada vez, a la identificación de los límites, en el avance de la ciencia y disciplina de Enfermería.

La enfermera(o) asume, además, la responsabilidad en el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, como necesidad que tiene esta profesión de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía y actuación práctica.

Se reconoce las condiciones en que la enfermera le toca actuar, como son la deficiencia de recursos humanos en los servicios, el volumen de pacientes críticos por turno, la deficiencia de recursos materiales e insumos, en muchas de las instituciones donde se actúa, entre otros; pero lo que no podemos postergar, es que

la enfermera valide su práctica sin esta herramienta del PCE, que imprime un orden, en el desarrollo de un cuidado integral, proporcionando la posibilidad de generar nuevos conocimientos desde la práctica; es una tarea impostergable, quizás estemos equivocadas al sugerir o dejar pasar que a las personas enfermas más críticas, tengan acciones desagregadas en su cuidado, sin tener el contexto integral que proporciona el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE.

Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, orientado al diagnóstico e intervenciones de Enfermería

Como se ha venido mencionando, el conocimiento en enfermería tiene su mayor posibilidad de crecimiento, cuando la enfermera brinda el cuidado directo, es allí, donde ella puede reconocer las dificultades y las potencialidades del cuidado que brinda; es decir en el devenir de su práctica. En el ejercicio de esta práctica de cuidado, reconoce sus limitaciones el cual le permite observar, valorar e investigar sobre dichas limitaciones; esta es una forma de avanzar en dirección a un conocimiento mayor, sistemático, ordenado, científico, el cual permite disminuir las brechas entre la teoría y la práctica.

Con relación a la teoría aplicada a la práctica, este texto reconoce y valida en la práctica el cuidado de enfermería, como un método científico, expresado en el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, que incluye la valoración del estado de salud en todas sus acciones de cuidado. De tal forma que recuerda a la estudiante de enfermería articular el qué, por qué, cómo, cuándo y dónde, realizar dicho cuidado.

Este proceso de valoración para efectuar un cuidado, siempre debe estar precedido de una teoría que ilustra el qué, por qué, el cómo, cuándo y dónde, relacionado con dicho cuidado que se va a realizar; así, las teorías de Enfermería tienen aplicación práctica y nos dan precisión sobre su aplicación efectiva o no, para permitirnos hacer agregaciones en nuestro conocimiento disciplinar y nuestra acción práctica profesional. La idea en este texto, es entonces, influir sobre el pensamiento de la enfermera, en la aplicación de las teorías y por qué no, desde su quehacer construir teorías.

Las teorías de Enfermería, cada una de ellas, se posicionan en una de las tres visiones que son: biológica individual fraccionada; de reciprocidad, integrati-



va y de simultaneidad. Por hora nos ocuparemos de la aplicación del Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE.

Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE

En este marco, se presenta el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, guiado por los dominios de la *North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA, (21) que establece el lenguaje estandarizado para Enfermería, este lenguaje agrupa los datos obtenidos, en los denominados diagnósticos de enfermería de la NANDA. Esta clasificación se articula en una taxonomía que consta de dominios, clases y diagnósticos. Los diagnósticos son definidos como: «... juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de Enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar» (18). Posteriormente, se continúa con la ejecución del proceso de cuidado paso a paso, y se definen las intervenciones de enfermería que se deben realizar para solucionar el problema, también conocido como Nursing Interventions Classification, NIC, cada intervención consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y una lista de referencia se procede a la determinación de objetivos/resultados esperados Nursing Outcomes Classification, NOC. Que son las conductas o respuestas observables del paciente para un determinado diagnóstico (22) Este resultado se logra tras el cumplimiento de las intervenciones y, por tanto, sirve como criterio para evaluar la efectividad de una intervención enfermera.

Estos tres elementos, NANDA, NIC, NOC, que componen el Lenguaje Estandarizado de la Enfermería, LEE (23), permiten la unificación del lenguaje empleado, a la hora de identificar y registrar el pensamiento y actividades de las enfermeras y se convierte en un aspecto relevante en el quehacer de Enfermería, el uso de este lenguaje no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de Enfermería, sino que facilita la sistematización de las actividades, y se convierte en una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la Enfermería basada en la evidencia. Al punto que en diversos escenarios se han desarrollado iniciativas que aplican el LEE para ofrecer un plan integral del cuidado sino también; para calcular costo-efectividad, atribuir y calcular costos derivados de la actividad de enfermería, realizar análisis económicos, y evaluar el volumen de trabajo de enfermería (24) - (25).

Como se describe arriba, el PCE es un lenguaje común para las enfermeras del mundo, que les permite prestar los cuidados en forma lógica, racional, organizada y sistemática, las cuales son características de un método científico, es decir que es el método científico de Enfermería que nos permite desarrollar teorías; donde la enfermera articula cinco pasos definidos que son: la valoración, el diagnóstico, la planificación, ejecución y evaluación.

La **Valoración**: Se refiere a la compilación, recolección de datos que conciernen a la persona, familia, entorno, son la base y primer insumo para la toma de decisiones en el Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE. El **diagnóstico** de Enfermería es el juicio racional realizado por la enfermera, como resultado de la valoración. La **planificación** se refiere a los objetivos, estrategias y alternativas que construye la enfermera para minimizar, corregir o eliminar si es posible, los problemas que presenta la persona para lograr el objetivo de promover y mantener la salud. La ejecución es la realización del plan establecido; en el marco de las acciones para los cuidados previstos en la planeación, y la **evaluación** se refiere a la comparación entre los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados. Cuando se realiza la evaluación se deben establecer criterios como lo plantea Griffith y Christensen (26) los cuales son dos y deben estar relacionados con la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Como se observa, se trata de todo un proceso que da continuidad en todas las fases del mismo: valora- diagnóstica- planifica- ejecuta y evalúa.

Otro aspecto que se pretende resaltar es la conexión, integración y complementariedad entre los dominios y los procesos que la enfermera realiza en su práctica, demostrando como uno o varios dominios pueden estar presentes en un mismo y diferente procedimiento. La idea es que la enfermera los reconozca e incluya en la valoración de las personas y asocie aquellas situaciones que, de manera autónoma, en la construcción del PCE, identifica, interviene y evalúa (1).

Se presenta, entonces, en cada uno de los capítulos siguientes, los dominios y sus clases específicamente relacionándolos con cada Proceso de Cuidado de Enfermería.

Bibliografía

1. Historia de la Enfermería. Florence Nightingale Museum. Revista HIADES. s.f.
2. Ilecara K. Historia de la Enfermería. [Online].; s.f. [cited 2016 Noviembre 15. Available from: <http://kcesuy-ilecara-enfermera.blogspot.com.co/2009/07/historia-de-la-enfermeria.html>.
3. Agrega 2.0. El proceso Histórico de las Ciencias de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 29. Available from: http://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/27012016/42/es-an_2016012714_9125937/cuerpo_humano/enferm.htm.
4. Marriner Tomey A, Raille Alligood M. Modelos y Teorías de enfermería. 6th ed. España: Esleber MOSBY; 2008.
5. Castro I. Bacon, Francis. Novum Organum.. In IB C. Os pensadores. Sao Paulo. Brasil: Abril Cultural; 1979.
6. Graaf K, al E. Florence Nightingale. Enfermería Moderna En:. In Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona, España: Rol; 1989. p. 53-59.
7. Reed P, Zurakowsky T. Nightingale: a visionary model for nursing. In Bowie RJ, editor. Conceptual Model of nursing: analysis and application.: Brady Co; 1983. p. 11-25.
8. Rogers ME. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. 1st ed. Davis F, editor. Philadelphia; 1970.
9. Meleis A, May K. Nursing Teory and the schorlasliness in the doctoral program. Advanced Nursing Sci. 1981: p. 32-33.

10. Bilistsky J. Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. *Advanced Nursing Sci.* 1981; p. 15-29.
11. Bello Fernández NL. Libros de Autores Cubanos. Fundamentos de Enfermería. Parte I. Fundamento teórico-filosófico de la ciencia del cuidado. [Online].; 2006 [cited 2017 Marzo 29. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about---00031-001-1-0big5-00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2>.
12. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4th ed. Madrid España: Harcourt-Brace; 1999.
13. Gortner SR. Nursing Values and Science: Toward a Science Philosophy. *Nursing Scholarship.* 1990; p. 101-105.
14. Meleis AI. Theoretical nursing: Developments and progress. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991.
15. Salsberry P. Una filosofía de Enfermería Qué es y Qué no es.
16. Leddy S, Pepper J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional New York U. S. A: J. B. Lippincott Company filadelfia; 1985.
17. León-Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería.* 2006 octubre-diciembre; 22(4).
18. Benavent M, al e. Fundamentos de Enfermería España: DAE Grupo paradigma. *Enfermería* 21; 2002.
19. Wolff Lewis L, Fuerst EV, Weitzel MH. Fundamentals of nursing. 6th ed. New York U. S. A: Lippincott company Filadelfia; 1979.
20. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería México: Interamericana McGraw-Hill; 1997.
21. NANDA Internacional. NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011 Barcelona: Elsevier; 2010.
22. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 8th ed. Barcelon: Elsevier-Masson; 2008.
23. Kautz DD, Van Horn ER. An Exemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2008 Marzo: p. 14-19.

24. Stone P, Lee N, Giannini M, Bakken S. Econocmic Evaluation and Usefulness of Standardized Nursing Terminologies. *International Journal of nursing Knowledge*. 2004: p. 101-113.
25. De Cordova PB, Lucero RJHS, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *International Journal of nursing Knowledge*. 2010 Enero-Marzo: p. 39-45.
26. Oreja Vázquez ML, Alegre de Vega C. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. *Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte de Salud Mental*. 2008 Junio; 7(31): p. 20-26.



CAPÍTULO 2

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dominio 1: Promoción de la salud

Dominio 5: Percepción /cognición

Dominio 11: Seguridad/protección

En este capítulo se presenta una serie de prácticas en salud, cuyo propósito es prevenir o reducir la ocurrencia de eventos adversos, que atentan contra la seguridad de la persona, la cual es una prioridad de la atención en salud en Colombia. Según la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo a estudios, en su mayoría son evitables.

Estas prácticas se relacionan con los Diagnósticos de Enfermería NANDA:

Dominio 1, Promoción de la salud que responden a la toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas, para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función. En su clase 1, toma de conciencia de la salud: reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal. En su clase 2, gestión de la salud: identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

El Dominio 5, Percepción/cognición, responde a recepción de la información a través de los sentidos a través del tacto, gusto, olfato vista, audición y cenestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conducen a la identificación, asociación y o el reconocimiento de patrones, en su Clase 5 uso de la memo-

ria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

El dominio 11, seguridad/protección, responde a la ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad. En su clase 1, infección: respuestas del huésped tras una invasión por gérmenes patógenos. En su clase 2, lesión física: lesión o daño corporal. En su Clase 4, peligros del entorno: fuentes de peligro en el medio ambiente (1).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido varias prácticas para garantizar la seguridad del paciente, entre estas se tienen: “1. Evitar caídas. 2. Evitar úlceras por presión. 3. Evitar infecciones asociadas a la atención en salud (lavado de manos). 4. Administración segura de medicamentos (Ver capítulo 4). 5. Identificación de los pacientes. 6. Atención segura binomio madre e hijo. 7. Lista de chequeo. 8. Derechos y deberes del paciente” (2).

SEGURIDAD DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

Según el Ministerio de Protección Social: “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (3).

OBJETIVOS, NOC

- Prevenir eventos adversos durante la atención del paciente.
- Identificar correctamente al paciente.
- Reducir el riesgo de caídas.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud (lavado de manos).
- Realizar lista de verificación de los procesos prequirúrgicos, quirúrgicos y postquirúrgicos.
- Garantizar cirugías en el lugar correcto con el procedimiento correcto y el paciente correcto.
- Divulgar los derechos y deberes del paciente.



RECOMENDACIONES

- Establecer una cultura de lavado e higiene de manos.
- Verificar la identidad de la persona y hacer coincidir el paciente correcto con la intervención correcta previa a la realización del procedimiento.
- Valorar siempre el riesgo de caídas del paciente.
- Facilitar el acompañamiento de niños, ancianos y personas dependientes con un familiar.
- Garantizar la asepsia en la realización de procedimientos invasivos.

RIESGO DE CAÍDAS

DEFINICIÓN

Son los acontecimientos en el que una persona cae repentina e involuntariamente al piso o a un nivel inferior de superficie y puede resultar en un daño físico.

OBJETIVOS, NOC

- Identificar los factores de riesgo en pacientes que puedan sufrir caídas durante su estancia hospitalaria.
- Valorar la movilidad de la persona, capacidad para extender y flexionar las articulaciones.
- Conocer los factores ambientales que pueden ocasionar caídas en la persona hospitalizada.

RECOMENDACIONES

- Identificar a las personas con riesgo de sufrir caídas durante su estancia hospitalaria.
- Tener en cuenta los riesgos:
 - ▷ Del medio ambiente como: iluminación inadecuada,
 - ▷ Del entorno: altura de camas, cunas y camillas, suelos resbaladizos, superficies irregulares, espacios reducidos, entorno desconocido, barreras arquitectónicas, mobiliario inadecuado, ausencia de dispositi-

- vo de anclaje en camas, cunas, camillas y sillas, altura, tamaño de las barandas y orden y aseo de la unidad del paciente.
- De la persona: la edad, alteraciones del estado de conciencia, capacidad motora, marcha, movilidad, facultades mentales, dificultad para comunicarse, peso.
- Falta de acompañante.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Historia clínica de caídas anteriores.
- Estado mental del paciente.
- Estado físico:
 - ▷ Edad. Mayor de 65 años.
 - ▷ Dificultad visual o auditiva.
 - ▷ Dificultad en la marcha.
 - ▷ Prótesis en extremidades inferiores.
 - ▷ Uso de sillas de ruedas.
- Capacidad de la persona de comprender y recibir instrucciones.
- Necesidad de colocación de barandas u otros dispositivos.
- Si recibe medicamentos como: analgésicos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares.

Diagnósticos de enfermería

- 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica R/C Procedimiento quirúrgico prolongado M/P Dificultad para moverse en el entorno.
- 00155 Riesgos de caídas R/C Habitación débilmente iluminada.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P Describe la reducción de factores de riesgo (1) (4), (5).

Planeación NIC

- Cama con anclajes y barandas.
- Camillas con anclajes y barandas.
- Gradilla.
- Marquillas para identificación de la persona de acuerdo a protocolo institucional.
- Disposición de cuartos con adecuada iluminación.
- Disposición de línea de timbres.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Conserve la técnica aséptica de lavado de manos, de acuerdo al protocolo de la OMS.	Evita eventos adversos como infecciones.
2. Conserve las medidas de bioseguridad (uso de guante no estéril).	Fortalece el autocuidado.
3. Clasifique riesgo de caídas según protocolo institucional.	Contribuye a la toma de decisiones.
4. Identifique a la persona con la de manilla de riesgo de caída.	Permite valorar el riesgo de caídas de la persona.
5. Verifique iluminación y disposición de mobiliario de la unidad del paciente (mesa, nochero, gradilla).	Facilita la visibilidad y desplazamiento de la persona.
6. Compruebe ubicación segura de equipos (monitores, respiradores, atril y otros).	Evita caídas y eventos adversos.
7. Revise dispositivos de seguridad de la cama, cuna o camilla (anclajes y barandas).	Ofrece seguridad a la persona.
8. Verifique en el baño elementos de seguridad (barra de sujeción, tapete antideslizante y en lo posible timbre para llamada de emergencia).	Evita caídas y eventos adversos.
9. Compruebe la capacidad mental de la persona y familia de recibir y comprender instrucciones sobre su movilidad.	Permite realizar un cuidado de enfermería seguro.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
10. Identifique la capacidad física de moverse la persona por sus propios medios.	Evita eventos adversos.
11. Valore la presencia de sordera, hipoacusia.	Ayuda a la toma de decisiones para determinar el cuidado.
12. Valore la presencia de visión disminuida, ceguera.	Ayuda a la toma de decisiones para determinar el cuidado.
13. Valore la existencia de prótesis en miembros inferiores.	Permite determinar ayuda para proporcionar seguridad en el desplazamiento.
14. Identifique la necesidad de ayudas mecánicas (órtesis: sillas de ruedas, muletas, bastones, caminadores y otros).	Facilita el desplazamiento y evita eventos adversos.
15. Enseñe a la persona a solicitar ayuda del personal de enfermería para su movilización.	Da seguridad a la persona para su desplazamiento.
16. Registre el procedimiento en el plan de cuidados y en la historia clínica del paciente.	Garantiza la ejecución y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Capacidad mental de la persona para entender y aplicar las instrucciones.
- Participación de la familia en cuidado de la persona para moverse.
- Uso correcto de las ayudas mecánicas para la movilización (sillas de ruedas, muletas, bastones, caminadores y otros).
- Capacidad de desplazamiento seguro con prótesis.
- Estado físico: Dificultad en la marcha.
- Necesidad de colocación de barandas u otros dispositivos.
- Uso de medicamentos como: analgésicos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares.



EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

DEFINICIÓN

Las úlceras por presión son un problema de salud que afecta principalmente a los pacientes hospitalizados en cama durante largos periodos de tiempo. Para evitar estas lesiones, es necesario la correcta movilización, controlar las posiciones y zonas de mayor riesgo (caderas, tobillos y talones).

Estas se originan por falta de riego sanguíneo en la zona afectada, provoca degeneración de la piel y puede afectar incluso el músculo y el hueso. Existen ciertos factores de riesgo como: la obesidad, la diabetes, el colesterol elevado, hipertensión, problemas dermatológicos, desnutrición, incontinencia urinaria como también personas mayores con escasa movilidad.

OBJETIVOS NOC

- Mantener una piel intacta en el paciente.
- Identificar los factores de riesgo más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de úlceras por presión en pacientes.
- Determinar las fallas en la atención clínica que favorecen la aparición de úlceras por presión.
- Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en prevención de las úlceras por presión.
- Incrementar las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud.
- Evaluar las prácticas seguras para disminuir la incidencia de úlceras por presión.
- Proporcionar educación al paciente y familia.

RECOMENDACIONES

- Baño general, cada 24 horas, y parcial, cuando sea necesario.
- Utilizar jabones neutros, agua tibia y secado riguroso sin realizar fricción.
- Valorar el estado de la piel, hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración y lesiones.
- No utilizar alcohol, colonias, benjuí u otras sustancias irritantes sobre la piel.
- Aplicar cremas cutáneas suavizantes e hidratantes o vaselina líquida en las áreas de apoyo, procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Proteger las prominencias óseas aplicando productos de barrera.
- Vigilar Hidratación de la piel.

Otras recomendaciones sugeridas por diferentes autores:

- Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Realizar cambio de posición cada 2 horas.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar (6).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- **Estado mental:**
 - ▷ Capacidad de percibir y reconocer.
 - ▷ Orientación.
 - ▷ Memoria.
 - ▷ Pensamiento.

- **Estado físico:**

- ▷ Nutrición, hidratación o deshidratación.
- ▷ Capacidad para movilizarse o valerse por sí misma.
- ▷ Percepción o sensibilidad.
- ▷ Alteraciones metabólicas (diabetes).
- ▷ Alteración de la eliminación (incontinencia urinaria y fecal).
- ▷ Peso (obesidad, delgadez).

- **Estado de la piel:**

- ▷ Hidratación.
- ▷ Eritemas.
- ▷ Maceraciones.
- ▷ Fragilidad.
- ▷ Calor.
- ▷ Induración.
- ▷ Humedad.
- ▷ Áreas de fricción y descamación.
- ▷ Signos de lesión en los sitios de presión (talones, codos y región sacra).

- **Participación de la familia:**

- Actitudes.
- Habilidades.
- Conocimientos.
- Capacidad de medios materiales.
- Apoyo.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad M/P Destrucción de las capas de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilización física.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P Manifiesta deseo de manejar la enfermedad (1) (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Agua tibia.
- Jabón neutro.
- Toallas.
- Cremas suavizantes.
- Productos de barrera.
- Taloneras.
- Almohadas.
- Cojines.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
2. Conserve las técnicas y aplique las normas de bioseguridad.	Evita sanciones y eventos adversos.
3. Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación del paciente y hace parte del respeto hacia él.
4. Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire.
5. Aislar a la persona con cortina biombo.	Intimidad.
6. Lávese las manos y colóquese bata y guantes.	Evita transmisión de microorganismos.
7. Valore estado mental, físico y los riesgos de la persona de presentar úlceras por presión.	Permite clasificar el riesgo de úlceras por presión.
8. Observe integridad de la piel especialmente en zonas de apoyo y expuestas a la humedad (codos, talones, región sacra).	Ayuda a prevenir las úlceras por presión.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
9. Cuidado de la piel: Baño general cada 24 horas y parcial cuando sea necesario (ver procedimientos).	Previene las úlceras por presión.
10. Control de humedad: Vigilar incontinencia urinaria y fecal.	Contribuye a la prevención de las úlceras por presión.
11. Coloque pañales absorbentes a las personas con incontinencia urinaria y fecal. Realizar higiene a cada cambio de pañal.	Brinda comodidad e higiene personal.
12. Cambie la ropa y las sábanas cuando se encuentren húmedas, a las personas con sudoración profusa y en estado febril.	Evita la formación de úlceras por presión y brinda confort.
13. Coloque doble pañal en la noche.	Brinda confort y seguridad.
14. Cambios de posición: Cada 2 horas (ver procedimientos).	Evita la formación de úlceras por presión.
15. Evite ejercer presión en las siguientes áreas o regiones: escapular, glútea, codos y talones (utilizando almohadas y cojines).	Previene las úlceras por presión.
16. Coloque productos de barrera en zonas de presión.	Previene las úlceras por presión.
17. Revise que la ropa de cama esté sin arrugas.	Evita lesiones en la piel.
18. utilice almohadas y Cojines para obtener una buena alineación del cuerpo.	Permite una buena alineación del cuerpo.
19. Nutrición: Dieta hiperprotéica, hipercalórica, abundantes líquidos.	Contribuye a la formación de tejido muscular y graso, previene las infecciones y formación de úlceras por presión.
20. Alimentación enteral En caso de que el paciente no reciba vía oral.	Permite la nutrición en personas con incapacidad de deglución.
21. Deje a la persona en posición cómoda.	Proporciona confort.
22. Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad.	Evita infecciones intrahospitalarias y mayor confort a la persona y sanciones por desecho incorrecto del material.
23. Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica del paciente.	Constancia de la actividad realizada y observando los principios éticos de la enfermera.

Evaluación

Evalúe:

- Orientación, memoria, pensamiento y capacidad de percibir.
- Estado de dependencia, alteraciones metabólicas (diabetes), nutrición, hidratación o deshidratación y sensibilidad de la piel.
- Alteración de la eliminación (incontinencia urinaria y fecal).
- Peso (obesidad, delgadez).
- Estado de la piel: Hidratación, fragilidad, zonas de enrojecimiento, humedad, calor y en áreas de fricción descamación y signos de lesión en los sitios de presión (talones, codos y región sacra).
- Participación de la familia: actitudes, habilidades, conocimientos, capacidad de medios materiales y apoyo.

EVITAR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

DEFINICIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, IAAS, son aquellas que las personas adquieren durante su estancia hospitalaria y están asociadas con la realización de procedimientos, manejo de equipos y elementos de uso hospitalario.

Para evitar las infecciones asociadas a la atención en salud es necesario la aplicación de procedimientos en el cuidado de enfermería tales como:

- Lavado de manos.
- Higiene de manos.
- Medidas de bioseguridad.
- Técnica aséptica.
- Eliminación de residuos hospitalarios.



OBJETIVOS NOC

- Prevenir la presencia de infecciones en personas hospitalizadas, trabajadores de salud, familiares y otras personas asociadas a las entidades prestadoras de salud.
- Identificar oportunamente las infecciones intrahospitalarias.
- Vigilar la resistencia de los microorganismos intrahospitalarios.

RECOMENDACIONES

- Crear comités de vigilancia, control, seguimiento y supervisión de las infecciones intrahospitalarias.
- Reportar la presencia de infecciones intrahospitalarias.
- Educación permanente del personal sobre técnicas de desinfección, uso de elementos de protección personal y eliminación de desechos hospitalarios.

LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN

Procedimiento que consiste en humedecer con agua e impregnar con jabón toda la superficie de la mano, con la finalidad de eliminar y/o disminuir la flora transitoria y residente de las manos, mediante una remoción mecánica. La ausencia del lavado de manos es la principal causa de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales.

Existen tres tipos de lavado de manos:

- Lavado de manos social.
- Lavado de manos clínico.
- Lavado de manos quirúrgico (7).

OBJETIVOS NOC

- Garantizar prácticas seguras en todos los procedimientos clínicos.
- Eliminar suciedad de las manos.
- Eliminar flora transitoria de las manos.
- Disminuir la flora residente de las manos.
- Evitar las infecciones cruzadas.
- Evitar los eventos adversos prevenibles.
- Garantizar la seguridad del paciente.
- Erradicar la transmisión cruzada de gérmenes.
- Disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes.
- Disminuir los costos en la atención clínica.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Integridad de piel y uñas.
- Presencia de elementos como anillos, pulseras, reloj, entre otros).
- Lavado de manos de acuerdo al procedimiento a realizar:
 - ▷ Lavado de manos Social.
 - ▷ Lavado de manos Clínico.
 - ▷ Lavado de manos Quirúrgico.

Diagnósticos de Enfermería

- 00181 Contaminación R/C Exposiciones previas. M/P Efectos dermatológicos de la exposición a agentes biológicos.
- 00180 Riesgo de contaminación R/C Prácticas de higiene personal.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P Describe la reducción de factores de riesgo (1) (4), (5).



Planeación NIC

Disponer de:

- Lavamanos con dispensadores de agua accionados con el pie, rodilla o codo.
- Dispensadores para el jabón de acuerdo a protocolo de la institución.
- Jabón líquido de acuerdo a protocolo de la institución.
- Toallas de papel.
- Compresas estériles.
- Recipiente para el desecho de las servilletas de papel.

Ejecución (NIC) lavado social de manos (duración 30 segundos)

Solo garantiza la remoción de la suciedad de las manos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Retire el reloj y todo tipo de accesorios de sus manos.	Facilita la aplicación de la técnica de lavado de manos.
2. Si tiene manga larga súbala hasta el codo.	Facilita el procedimiento.
3. Humedezca sus manos hasta las muñecas con agua.	Permite realizar el lavado de manos.
4. Tome una cantidad de jabón suficiente.	Garantiza la desinfección de las manos.
5. Entrelace los dedos y frote primero las palmas de las manos entre sí y luego palma con dorso y viceversa.	Garantiza la remoción de la suciedad.
6. Abraze el dedo pulgar con la mano dominante y frótelos desde la palma hasta la uña y viceversa.	Garantiza la desinfección de los dedos.
7. Enjuague con abundante agua.	Permite el barrido mecánico de la suciedad.
8. Seque las manos con una servilleta o toalla de papel.	Evita escurrimiento y ofrece comodidad.
9. Deseche la toalla en el tarro de color verde correspondiente para tal fin.	Garantiza el correcto desecho de residuos hospitalarios.

Ejecución NIC, lavado de manos clínico: (duración de 30 a 60 segundos)

Permite la remoción total de la flora transitoria de las manos, principal causante de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales.

RECOMENDACIONES

- Al ingresar al servicio de hospitalización.
- Al finalizar su turno de trabajo.
 - ▷ Al realizar sus necesidades fisiológicas: comer – usar el sanitario etc.
- Durante la atención de los pacientes tenga presente los cinco momentos recomendados por la Organización Mundial de la salud:
 - ▷ **Antes del contacto con el paciente:** lo protege de los gérmenes presentes en las manos del personal de salud.
 - ▷ **Antes de realizar cualquier procedimiento:** para ofrecer una atención segura. Libre de cualquier tipo de germen.
 - ▷ **Después de exposición a fluidos corporales o retirarse los guantes:** lo protege a usted y al equipo de trabajo de las infecciones procedentes de los pacientes.
 - ▷ **Después del contacto con el paciente:** lo protege a usted y al resto del equipo de trabajo de las infecciones procedentes de los pacientes.
 - ▷ **Después del contacto con la unidad del paciente:** lo protege a usted y al resto del equipo de trabajo de las infecciones procedentes de los pacientes (8).

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Retire el reloj y todo tipo de accesorios de sus manos.	Garantiza el correcto lavado de las manos.
2. Abra la llave del agua accionando la válvula con el codo, rodilla o el pie.	Evita contaminación.
3. Humedezca sus manos con abundante agua.	Facilita la aplicación del jabón.
4. Aplique 5 ml de jabón líquido o antiséptico, según protocolo de la institución.	Favorece la desinfección de las manos.
5. Frote en forma circular durante unos segundos las palmas de sus manos.	Ayuda a la eliminación de la flora transitoria.
6. Friccione vigorosamente la palma de una mano con el dorso de la otra y con el dedo pulgar frote la región hipotenar.	Garantiza la limpieza de toda la superficie de la mano.
7. Realice la misma acción con la mano contraria.	Permite la aplicación del protocolo.
8. Entrelace los dedos de ambas manos y desplace suavemente las palmas de sus manos realizando fricción en los espacios interdigitales.	Facilita la limpieza interdigital.
9. Coloque la mano izquierda con la palma hacia arriba y flexione ligeramente los dedos exceptuando el pulgar.	Garantiza la limpieza de la superficie interna de los dedos.
10. Coloque la mano derecha sobre la izquierda, es decir con la palma hacia abajo; flexione ligeramente los dedos, formando una especie de candado con los dedos. Deslice los dedos en un movimiento coordinado de izquierda a derecha.	Garantiza la limpieza de la superficie interna de los dedos.
11. Con el dedo pulgar de la mano izquierda friccione los nudillos de la mano derecha.	Permite la limpieza de los nudillos de la mano derecha.
12. Realice el mismo procedimiento con la mano contraria.	Permite la limpieza de los nudillos de la mano izquierda.
13. Abra la mano derecha, abrace el dedo pulgar y con movimiento circular inicie su limpieza empezando desde la palma de la mano y terminando en la parte distal del dedo.	Complementa la limpieza de todos los dedos de la mano.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
14. Realice el mismo procedimiento con la mano contraria.	Complementa la limpieza de todos los dedos de la mano.
15. Una sus dedos y frótelos en forma circular sobre la palma de la mano izquierda.	Desprende la flora transitoria de los pulpejos uñas de los dedos.
16. Repita el procedimiento en la mano contraria.	Desprende la flora transitoria de los pulpejos uñas de los dedos.
17. Enjuague sus manos por separado, accionando la válvula del agua con la rodilla codo o pie.	Garantiza la remoción del jabón y flora transitoria de las manos.
18. Seque sus manos utilizando servilletas de papel.	Brinda higiene y comodidad.
19. Deseche el material utilizado en el tarro de material no peligroso (tarro y bolsa color verde).	Garantiza el desecho correcto de los residuos hospitalarios.

Ejecución NIC, lavado de manos quirúrgico o antisepsia quirúrgica (duración: 6 minutos):

Permite la remoción total de la flora transitoria de las manos y de una pequeña parte de la flora residente de la piel. Tenga presente el protocolo de la institución.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Retire el reloj y todo tipo de accesorios de sus manos.	Facilita la aplicación de la técnica de lavado de manos.
2. Abra la llave del agua accionando la válvula con la rodilla o el pie.	Evita la contaminación de las manos y partes del lavamanos.
3. Coloque las manos apuntando hacia arriba y humedezca con agua manos y antebrazos hasta 6 cm por encima del codo.	Facilita que el agua corra de los dedos a los codos
4. Aplique 5 ml de jabón antiséptico en su mano dominante.	Facilita la desinfección de las manos.
5. Friccione vigorosamente la región palmar, dorsal e interdigital de la mano no dominante.	Garantiza la remoción de la flora transitoria de las manos.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
6. Realice la limpieza con movimientos rotatorios desde la muñeca hasta 6 cm por encima del codo.	Garantiza la remoción de la flora transitoria de los antebrazos y codo.
7. Aplique 5 ml de jabón antiséptico en su mano no dominante y repita el procedimiento en su mano y antebrazo derecho	Facilita la desinfección de las manos y antebrazos.
8. Lave cuidadosamente uña por uña de cada mano.	Remueve las bacterias depositadas bajo las uñas.
9. Enjuague cada mano por separado.	Permite la remoción mecánica de jabón y flora transitoria.
10. Repita los ítems del 4 al 9 tres veces (3).	Permite la remoción total de la flora transitoria y la disminución de la flora residente
11. Coloque las manos en alto y evite sacudirlas.	Evita la contaminación aérea de las manos.
12. Las manos deben ser secadas con compresas estériles.	Garantiza la antisepsia de las manos.

HIGIENE DE MANOS

La higiene de manos tiene como propósito reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos, se debe realizar entre paciente y paciente (9).

Ejecución NIC: Duración de 30 a 60 segundos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Aplique 5 ml de alcohol glicerinado en su mano.	Permite desinfectar las manos.
2. Frote en forma circular, durante unos segundos las palmas de las manos.	Garantiza la impregnación de la sustancia antiséptica.
3. Friccione vigorosamente la palma de una mano con el dorso de la otra y con el dedo pulgar frote la región hipotenar.	Facilita la absorción de la sustancia química en toda la superficie de la mano.
4. Realice la misma acción con la mano contraria.	Facilita la absorción de la sustancia química en toda la superficie de la mano.
5. Entrelace los dedos de ambas manos con fricción interdigital.	Facilita la desinfección de los dedos.
6. Coloque la mano izquierda con la palma hacia arriba y flexione ligeramente los dedos exceptuando el pulgar.	Garantiza la limpieza de la superficie interna de los dedos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
7. Coloque la mano derecha sobre la izquierda, es decir con la palma hacia abajo; flexione ligeramente los dedos, formando una especie de candado con los dedos. Deslice los dedos en un movimiento coordinado de izquierda a derecha.	Garantiza la limpieza de la superficie interna de los dedos.
8. Con el dedo pulgar de la mano izquierda friccione los nudillos de la mano derecha.	Permite la limpieza de los nudillos de la mano derecha.
9. Realice el mismo procedimiento con la mano contraria.	Permite la limpieza de los nudillos de la mano izquierda.
10. Abra la mano derecha, abrace el dedo pulgar y con movimiento circular inicie su limpieza, empezando desde la palma de la mano y terminando en la parte distal del dedo.	Garantiza la limpieza de la superficie del dedo pulgar.
11. Realice el mismo procedimiento con la mano contraria.	Garantiza la limpieza de la superficie del dedo pulgar.
12. Una sus dedos y frótelos en forma circular sobre la palma de la mano izquierda.	Garantiza la limpieza de los pulpejos y uñas.
13. Repita el procedimiento en la mano contraria.	Aplica los principios de bioseguridad.

Tenga presente: las enfermedades nosocomiales son transmitidas por el personal de salud, cuando se omiten los protocolos institucionales.

Evaluación

Evalúe:

- Las condiciones existentes para realizar los tres lavados de manos deben estar de acuerdo al protocolo de la institución y estándares de calidad.
- Que el personal de salud realice el lavado de manos clínico de acuerdo a los cinco momentos:
 - ▷ Antes del contacto con el paciente.
 - ▷ Antes de realizar cualquier procedimiento.
 - ▷ Después de exposición a fluidos corporales o retirarse los guantes.
 - ▷ Después del contacto con el paciente.
 - ▷ Después del contacto con la unidad del paciente (8).



MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

DEFINICIÓN

Es el conjunto de medidas preventivas adoptadas frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos, cuya finalidad es garantizar buenas prácticas para la seguridad de los pacientes, la protección del personal de la salud y la del medio ambiente. Estas normas se complementan con la utilización de los elementos de protección personal.

OBJETIVOS NOC

- Evitar infecciones asociadas a la atención en salud.
- Fortalecer el autocuidado en el personal de salud expuesto a riesgos biológicos y otros en el entorno hospitalario.
- Fomentar el uso de los elementos de protección personal y la aplicación de las normas de bioseguridad.
- Ofrecer entornos hospitalarios que garanticen la seguridad de los pacientes.
- Prevenir accidentes por factores de riesgo biológico.
- Evitar los eventos adversos prevenibles.

RECOMENDACIONES

Durante la prestación del cuidado se debe:

- Manejar todo paciente como **Potencialmente Infectado**.
- Lavarse cuidadosamente **LAS MANOS**, antes y después de cada procedimiento.
- Utilizar guantes en la manipulación de elementos contaminados.
- Utilizar un par de guantes por cada paciente.
- Abstenerse de tocar, con las manos enguantadas, alguna parte del cuerpo.
- Utilizar mascarilla y protector ocular en aquellos procedimientos que generen salpicaduras de sangre, saliva y fluidos corporales.
- Usar batas en procedimientos que generen salpicaduras.
- Evitar deambular con los Elementos de Protección Personal, EPP, fuera de su área de trabajo.

- Mantener sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo.
- Evitar la atención directa a pacientes si usted presenta lesiones en la piel.
- Manejar con estricta precaución el material cortopunzante.
- No cambiar material cortopunzante de un recipiente a otro.
- Evitar doblar o partir manualmente las hojas de bisturí u otro material cortopunzante.
- Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo.
- Evitar fumar, beber y comer cualquier tipo de alimento en el sitio de trabajo.
- No guardar alimentos en la nevera de sustancias contaminantes o químicos.
- Evitar reutilizar material contaminado.
- Mantener actualizado esquema de vacunación contra el Virus de la Hepatitis B.
- Las estanterías que guarden material estéril deben estar ubicadas a más de 50 cm del suelo.
- La ubicación en las estanterías debe ser ordenada e identificada claramente el material que debe de ser ubicado en ella, para evitar manipulación innecesaria.
- La limpieza de las dependencias donde se guarda material estéril debe ser normado y evaluado periódicamente.
- Las formas de almacenamiento, fechas de vencimiento y stock de los equipos o paquetes debe chequearse diariamente.
- Cada Servicio Clínico debe tener protocolo para el sistema, secuencia y ubicación del material estéril en las estanterías de almacenamiento (10) (11) (12).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al procedimiento a realizar:
 - ▷ Gafas de seguridad.
 - ▷ Blusa estéril / limpia.
 - ▷ Tapabocas.
 - ▷ Guante estéril / crudos.
 - ▷ Gorro.
 - ▷ Polainas.
- Requerimiento de material estéril o limpio.
- Los utensilios de trabajo que estén estériles e íntegros para evitar contaminación y accidentes (13).

Diagnósticos de Enfermería

- 00181 Contaminación R/C uso inapropiado de ropas protectoras M/P efectos dermatológicos de la exposición a productos de desecho.
- 00004 Riesgo de infección R/C aumento de la exposición a agentes patógenos.
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado M/P Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Lavamanos con dispositivos accionados con el pie, rodilla o codo.
- Dispensadores para el jabón líquido y/o antiséptico.
- Toallas de papel.
- Gafas de seguridad.
- Blusa estéril / limpia.
- Tapabocas.

- Guantes estériles / crudos.
- Gorro.
- Polainas.
- Recipientes para el desecho de los residuos peligrosos y no peligrosos.
- Guardián o recipiente para el desecho del material cortopunzante.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Realice y seleccione lavado de manos, de acuerdo al procedimiento.	Ofrece seguridad a la persona que recibe el cuidado.
Elija los elementos de protección personal de acuerdo a procedimientos y protocolo institucionales.	Ofrece seguridad al personal de salud que realiza el procedimiento.
Seleccione los EPP de acuerdo a su talla.	Brinda comodidad.
Si tiene cabello largo, recójalo y colóquese el gorro.	Asegura medidas de higiene.
Colóquese la blusa con la abertura hacia atrás, ajuste la tira del cuello y cintura.	Cumple con el protocolo de bioseguridad.
Colóquese el tapabocas, verifique que quede adherido a su nariz y no presente escape de su respiración.	Da seguridad al procedimiento y evita infecciones.
Colóquese las gafas de seguridad, verifique que no se empañan con su respiración.	Garantiza seguridad en el procedimiento.
Finalmente, colóquese los guantes siguiendo el protocolo institucional si son estériles o limpios de acuerdo a procedimientos.	Evita infecciones.
Luego de realizado el procedimiento retire los EPP.	Garantiza cumplimiento de protocolo de bioseguridad.
Inicie con el retiro de guantes.	Cumple con el protocolo de bioseguridad.
Deseche los guantes en el recipiente de material peligroso (biosanitarios), es decir en el tarro con bolsa roja.	Evita contaminación ambiental de acuerdo a las normas de bioseguridad.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire en el orden siguiente: gafas de seguridad, tapabocas, gorro.	De acuerdo a orden establecido en el protocolo de bioseguridad.
Quítese la blusa, deposítela en el compresero o en bolsa especial si el procedimiento se realizó en pacientes infectados o en aislamiento.	Evita infecciones cruzadas y contaminación ambiental.
Lávese las manos de acuerdo al protocolo institucional.	Cumple con los cinco momentos del lavado de manos.

Evaluación

Evalúe:

- Disponibilidad e integridad de los elementos de protección personal.
- Las técnicas de asepsia y antisepsia empleadas en el procedimiento.
- Cumplimiento en la eliminación de los elementos de protección personal de acuerdo con las normas de bioseguridad.

TÉCNICA ASÉPTICA

DEFINICIÓN

Conjunto de procedimientos, técnicas y medidas que tienen como propósito eliminar los microorganismos patógenos y no patógenos, presentes al realizar las actividades en la atención en salud para evitar infecciones.

PRINCIPIOS DE LA TÉCNICA ASÉPTICA

- Limpio con limpio.
- Estéril con estéril.
- Contaminado con contaminado.
- Sucio con sucio.
- De lo más limpio a lo más sucio.
- Del centro a la periferia.
- De arriba hacia abajo.
- De lo contaminado a lo menos contaminado (14).

OBJETIVOS NOC

- Reducir el riesgo de infección en personas hospitalizadas.
- Eliminar los microorganismos patógenos.
- Prevenir las infecciones.
- Evitar que el personal de salud se contamine con microorganismos.
- Garantizar en el uso y manejo de equipos, instrumental y procedimientos los principios de técnica aséptica.

RECOMENDACIONES

- Sólo materiales esterilizados por los métodos (físicos, químicos) actualmente aceptados y de acuerdo a los tiempos de esterilización pueden ser usados en el campo estéril.
- Los materiales estériles, deben estar claramente identificados, a través de una cinta testigo.
- Todos los materiales deben tener fecha de vencimiento de la esterilización.
- Los materiales con dudas sobre la esterilización, deben descartarse.
- Los materiales cuyos envoltorios no se encuentren íntegros o estén húmedos, pierden su condición de estériles y deben ser esterilizados nuevamente.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Forma de almacenamiento del material estéril, debe cumplir con las normas de asepsia.
- Fecha de vencimiento de la esterilización.
- Integridad y humedad de empaques, envoltorios de equipos, instrumental y elementos desechables.
- Cambios de color en la cinta testigo, según protocolo.
- El material y equipos utilizados en los procedimientos (deben estar completamente estériles).

Diagnósticos de Enfermería

- 00181 Contaminación R/C Exposición externa mediante el contacto directo con material infectado M/P infecciones cruzadas.
- 00004 Riesgo de infección R/C Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P, expresa interés en el aprendizaje (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Elementos para el lavado de manos
 - ▷ Lavamanos con dispositivos accionados con el pie, rodilla o codo.
 - ▷ Dispensadores para el jabón líquido y/o antiséptico.
 - ▷ Toallas de papel.
 - ▷ Recipientes para el desecho de los residuos peligrosos y no peligrosos.
 - ▷ Guardián o recipiente para el desecho del material cortopunzante (15).
- Elementos de protección personal
 - ▷ Gafas de seguridad.
 - ▷ Blusa estéril / limpia.
 - ▷ Tapabocas.
 - ▷ Guantes estériles / crudos.
 - ▷ Gorro.
 - ▷ Polainas (15).

Ejecución (NIC)

Manejo de material estéril

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Realice lavado de manos clínico antes de manipular el material estéril.	Ofrece seguridad a la persona que recibe el cuidado.
Utilice elementos de protección personal gorro, gafas, mascarilla, bata y guantes estériles.	Aplica las normas de la técnica aséptica.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Manténgase de frente al campo y material estéril.	Ofrece seguridad y evita contaminación.
En el campo y material estéril no use soluciones o equipos húmedos.	Evita contaminar el campo y material estéril (toda superficie húmeda se considera contaminada)
No se aleje del campo estéril con los elementos de protección personal puestos.	Cumple con protocolo de normas de bioseguridad.
Evite hablar, toser o estornudar sobre el material estéril.	Evita contaminación con microorganismos.
Revise fecha de vencimiento de esterilización (máximo 8 días).	Ofrece seguridad de esterilización de equipos.
Prepare el material en un área amplia, limpia y libre de humedad.	Brinda comodidad y seguridad.
El material estéril no utilizado esterilícelo nuevamente.	Garantiza la esterilización de materiales y equipos.
Evite corrientes de aire, ventiladores, unidades de aire acondicionado cerca de campos y material estériles.	Evita contaminación con microorganismos del ambiente.
Trabaje sobre un área cercana al centro de gravedad (cintura).	Ofrece comodidad y aplica mecánica corporal.
Abra los paquetes estériles: la primera cubierta en sentido opuesto y la segunda en sentido proximal.	Evita contaminar el material estéril con manos y brazos.
Utilizar pinzas de transferencia o guantes estériles para manipular el equipo estéril con doble cubierta.	Asegura la esterilidad del equipo.

Manejo de equipos estériles pequeños

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Realice lavado de manos clínico antes de manipular el material estéril.	Ofrece seguridad a la persona que recibe el cuidado.
Utilice elementos de protección personal gorro, gafas, mascarilla, bata y guantes estériles.	Aplica las normas de la técnica aséptica.
Retire la cinta testigo u otros elementos que sujeten el paquete.	Facilita el retiro de la envoltura.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Sostenga con la mano, no dominante, el paquete estéril colocando el dedo pulgar encima.	Brinda comodidad y seguridad en el manejo del paquete estéril.
Coloque el paquete estéril con la punta de referencia hacia usted.	Facilita el procedimiento.
Tome la punta de referencia de la cubierta superior y retírela hacia adelante.	Evita contaminar el material estéril con la mano.
Tome la punta de referencia de las cubiertas laterales y retírelas hacia los lados, izquierdo y derecho.	Evita contaminar el material estéril con la mano.
Retire la segunda o última cubierta hacia usted, sin pasar la mano sobre el paquete.	Evita contaminar el material estéril con la mano.
Sostenga firmemente con la mano, no dominante, el material estéril, y con la otra sujete las puntas antes de depositarlo en el campo estéril.	Garantiza que el material estéril caiga sobre el campo estéril.

Evaluación

Evalúe:

- Sistemas de almacenamiento del material estéril, deben garantizar que los equipos y material estén estériles.
- Fecha de vencimiento de la esterilización.
- Integridad y humedad de empaques, envoltorios de equipos, instrumental y elementos desechables.
- Cambios de color en la cinta testigo, según protocolo.
- El material y equipos utilizados en los procedimientos (deben estar completamente estériles).

MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

DEFINICIÓN

Son procesos y procedimientos que tienen como propósito garantizar el correcto manejo de los residuos hospitalarios generados durante la atención a las personas hospitalizadas o ambulatorias.

De acuerdo a su procedencia los residuos hospitalarios están clasificados en: No Peligrosos y Peligrosos.

OBJETIVOS NOC

- Identificar y clasificar correctamente los residuos hospitalarios.
- Desechar los residuos hospitalarios de acuerdo a el protocolo de los Ministerios de Salud y del Medio Ambiente.
- Prevenir los riesgos de las infecciones intrahospitalarias durante la atención en salud.
- Prevenir los accidentes laborales por factores de riesgo biológico.
- Ofrecer entornos hospitalarios que garanticen seguridad al personal de salud y los pacientes.
- Promover en el personal de salud la prevención del accidente de trabajo por riesgo biológico.
- Promover en el equipo de salud el manejo correcto del material cortopunzante.
- Fortalecer en el personal de salud la cultura de la prevención y el autocuidado.
- Promover en el equipo de salud los cuidados del medio ambiente.
- Coordinar con el personal de aseo sobre el manejo correcto de los residuos hospitalarios.
- Fomentar la cultura y buenas prácticas del reciclaje en el personal de salud y en el personal de aseo.



RECOMENDACIONES

- Todo el equipo de salud debe tener los conocimientos actualizados sobre la clasificación y desecho de los residuos hospitalarios.
- Se debe garantizar la dotación y suministro oportuno de los diferentes tarros, bolsas y guardianes.
- Disponer de recipientes de material resistente cuyo diseño y capacidad garanticen el proceso de almacenamiento.
- Los recipientes deben ser lavados, desinfectados y secados después de la recolección.
- Todos los recipientes requieren de bolsas del mismo color.
- En caso de no disponer de recipientes y bolsas del mismo color, tener presente que el color de la bolsa es el que indica el tipo de residuo desechado.
- El personal del aseo, encargado de los Residuos Hospitalarios, debe colocar las bolsas permitiendo la visualización en la parte superior de aproximadamente 10 cm del color de las diferentes bolsas.
- El Guardián o recipiente de paredes rígidas, es para desechar el material cortopunzante, deben retirarse cuando estén llenos hasta las $\frac{3}{4}$ partes.
- Garantizar estrategias de segregación del material que pueda ser reutilizado y de acuerdo a sus características.
- No reencapsule las agujas hipodérmicas, deséchelas en el guardián sin colocar el protector.

NO PELIGROSOS

DEFINICIÓN

Son aquellos desechos producidos en el entorno hospitalario y en el desarrollo de las actividades propias durante la atención de los pacientes. Por su procedencia y características no presentan riesgo para la salud humana y/o del medio ambiente. Algunos residuos no peligrosos dan origen a la elaboración de nuevos productos, se hace referencia a los residuos reciclables (16).

CLASIFICACIÓN

Ordinarios o comunes: son aquellos residuos procedentes de la atención de los pacientes. Por sus características no producen daño a los seres humanos ni al planeta. Un ejemplo de ellos es: las servilletas, los empaques de papel plastificado, el barrido de los pisos, áreas comunes, cafeterías, las colillas de cigarrillos, los vasos desechables, la tela, las minas de esfero y los empaques de alimentos rápidos entre otros. Su desecho debe hacerse en tarro de color verde, con bolsa del mismo color. Su destino final es sellamiento y confinación en rellenos sanitarios.

Biodegradables: Hacen referencia a los residuos que se descomponen fácilmente, los cuales provienen de los restos de cáscaras y demás insumos generados en la preparación de los alimentos. También se incluyen las hojas de los árboles. Estos residuos al degradarse fertilizan las capas del suelo y subsuelo. De igual manera, son biodegradables los papeles no aptos para el reciclaje, jabones y detergentes y otros residuos que pueden transformarse en materia orgánica. Su desecho debe hacerse en tarro verde y bolsa del mismo color; aunque es permitido por Min Salud/Min Protección Social utilizar tarros color crema. Se exceptúa las sobras de alimentos provenientes de pacientes que se encuentran en aislamientos por presentar algún tipo de infección.

Inertes: son aquellos residuos que por sus características físico-químicas no se descomponen, ni se transforman en materia prima. Para su desintegración se requiere largos periodos de tiempo, alterando el medio ambiente. Se recomienda, en lo posible, restringir su uso. Entre ellos están: tetrapack (empaques de leche de larga vida) el icopor, algunos tipos de papel como el papel carbón y algunos plásticos. Se desechan en tarro verde y bolsa del mismo color.

Reciclables: Son aquellos insumos que por sus características físico-químicas pueden ser reutilizados y/o transformados en nuevos productos, generando ganancias monetarias y protección del medio ambiente. Entre estos residuos se encuentran: algunos papeles, plásticos, chatarra, vidrio, telas, algunas radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros. Su disposición final es la fabricación de nuevos productos. Para mayor comodidad se pueden desechar en diferentes tipos de recipientes con sus respectivas bolsas. Ejemplo: cartón y papeles limpios en tarro y bolsa gris. Productos plásticos en tarro y bolsa azul. Productos de vidrio que no hayan contenido sustancias químicas se pueden desechar en tarros blancos. Se recomienda no utilizar bolsa por el riesgo de caída y ruptura del vidrio (16).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Necesidad de dotación de tarros, bolsas y guardianes de acuerdo a la clasificación de los desechos.
- Tipo de desechos generados en los procedimientos realizados.
- Necesidad de retiro inmediato de algún residuo en particular.
- Cantidad de residuos generados.
- Conocimientos del personal de salud y personal de aseo.

Diagnósticos de Enfermería

- 00126 Conocimientos deficientes R/C Mala interpretación de la información. M/P Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- 00180 Riesgo de contaminación R/C exposiciones concomitantes.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P Describe experiencias previas relacionadas con el tema (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Tarros verdes, azules, grises y bolsas de igual color (residuos no peligrosos).
- Tarros blancos sin bolsa para desechar vidrios y latas.
- Tarros rojos para residuos químicos y biológicos con su respectivo símbolo.
- Bolsas de polietileno o polipropileno con una capacidad de 8 a 10 kg de peso.
- Lavamanos con dispositivos accionados con el pie, rodilla o codo.
- Dispensadores para el jabón líquido y/o antiséptico.
- Toallas de papel (17) (18).

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Identifique el residuo a desechar.	Permite clasificar residuos peligrosos y no peligrosos.
Verifique que el recipiente y bolsa sean del mismo color y corresponda al residuo a desechar.	Proporciona seguridad en la clasificación de los residuos a desechar.
Separe los residuos no peligrosos en la fuente.	Garantiza la no contaminación del personal y medioambiente.
Seleccione el recipiente y la bolsa de acuerdo a las características del residuo.	Evita contaminación y cumple con el protocolo de desechos hospitalarios.
Verifique que las bolsas en los tarros tengan un doblez hacia afuera de aproximadamente 10 cm.	Facilitan la identificación del color de la bolsa y del respectivo residuo hospitalario.
Realice el lavado de manos posterior al manejo del residuo.	Fortalece las prácticas de autocuidado y la aplicación de las normas de bioseguridad

Evaluación

Evalúe:

- El retiro oportuno de los desechos al lugar de almacenamiento intermedio y/o central.
- La jornada laboral en la que se produce más residuos hospitalarios.
- Que el personal de salud deseche correctamente los diferentes residuos hospitalarios.
- Tipo de desechos generados en los procedimientos realizados.
- Necesidad de retiro inmediato de algún residuo en particular.
- Conocimientos del personal de salud y personal de aseo.

PELIGROSOS

DEFINICIÓN

Son aquellos desechos producidos en el entorno hospitalario y en el desarrollo de las actividades propias durante la atención de los pacientes, los cuales por su procedencia y características presentan riesgo para la salud humana y/o del medio ambiente (16).

CLASIFICACIÓN

Residuos Infecciosos o de Riesgo Biológico: Son aquellos que están presentes en los fluidos corporales de los pacientes que presentan algún tipo de infección; por su elevada concentración de microorganismos son capaces de producir enfermedad e infección en pacientes o personal de salud susceptibles. Los gérmenes más encontrados son las bacterias, los virus, los parásitos y los hongos. Estos residuos deben ser depositados en recipiente rojo con su respectiva bolsa del mismo color.

Residuo Biosanitario: son todos los residuos y/o equipos, que han estado en contacto con cualquier fluido corporal llámese, sangre, secreciones y excreciones y están presentes en jeringas, guantes, sondas, material de curación, gasa, algodón y apósitos bolsas de transfusión vacías, sistemas de succión, baja lenguas, equipo de venoclisis y ropa desechable entre otros. Estos residuos deben ser depositados en recipiente rojo con su respectiva bolsa del mismo color.

Residuos Químicos: las sustancias químicas, son de uso muy frecuente en el medio hospitalario. Están presentes en los medicamentos, en sus envolturas, en los fármacos vencidos o consumidos parcialmente. También se encuentran en los medios de contraste que sirven para las pruebas diagnósticas. Estos residuos de acuerdo a su nivel de concentración pueden ocasionar efectos nocivos para la salud del personal y/ o el medio ambiente. Estos residuos deben ser depositados en recipiente rojo con bolsa del mismo color y su tapa debe ser activada a través de pedal.

Material Cortopunzante: A este grupo pertenece el material o equipo médico que presenta bordes, filos o puntas y pueden elevar la probabilidad de producir accidentes en el personal laboralmente activo. Los de mayor uso en el entorno clínico son: agujas hipodérmicas, agujas de sutura, lancetas, bisturíes,

restos de ampolletas, limas, cuchillas, pinzas y tijeras entre otros. Este tipo de residuos se desecha en un recipiente de paredes “rígidas” que no permita su perforación (guardián).

Residuos Radiactivos:

Son sustancias emisoras de energía predecible y continua (alfa, beta o de fotones), cuya interacción con materia puede dar lugar a rayos X y neutrones. En este grupo se encuentra el Tecnecio, Yodo 131, Cobalto (contenedor de Plomo), Cesio 137 (contenedor sellado) para insumos de Medicina nuclear.

Los desechos radiactivos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar e inmediatamente después de su utilización. Los recipientes deben disponer pedal y una tapa adecuada que evite el escape de sustancias radiactivas. Para el desecho de los residuos radiactivos se utiliza un recipiente color púrpura, pero con bolsa translúcida que permita ver los contenidos del interior de la bolsa, deben llevar una etiqueta donde claramente se vea el símbolo negro internacional de residuos radiactivos y las letras, también en negro RESIDUOS RADIATIVOS (16).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Tipo de residuos a desechar:
 - ▷ Infecciosos o de Riesgo Biológico.
 - ▷ Biosanitario.
 - ▷ Químicos.
 - ▷ Radiactivos.
 - ▷ Material Cortopunzante.
- Necesidad de dotación de tarros, bolsas y guardianes de acuerdo a la clasificación de los desechos.
- Necesidad de retiro inmediato de algún residuo en particular.
- Cantidad de residuos generados.
- Conocimientos del personal de salud y personal de aseo (17) (18).

Diagnósticos de Enfermería

- 00181 Contaminación R/C Falta de ropas protectoras M/P Efectos dermatológicos de la exposición a agentes químicos.
- 00180 Riesgo de contaminación R/C Contacto sin protección con productos químicos.
- 00182 Disposición para mejorar autocuidado (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Tarros rojos para residuos químicos y biológicos con su respectivo símbolo.
- Tarros rojos que contengan el holograma de riesgo biológico en la cara principal y permitan levantar la tapa mediante activación de dispositivo de pedal.
- Guardianes para el desecho del material cortopunzante de diferente tamaño.
- Lavamanos con dispositivos accionados con el pie, rodilla o codo.
- Dispensadores para el jabón líquido y/o antiséptico.
- Guantes crudos.
- Toallas de papel.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Identifique el residuo a desechar.	Permite clasificar residuos peligrosos y no peligrosos.
Verifique que el recipiente corresponda al residuo a desechar.	Garantiza la seguridad en la clasificación de los residuos.
Separe los residuos peligrosos en la fuente.	Garantiza la no contaminación del personal y medioambiente.
Seleccione el recipiente y la bolsa de acuerdo a las características del residuo.	Evita contaminación y cumple con el protocolo de desechos hospitalarios.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Deposite en el recipiente rojo y bolsa roja con el holograma de riesgo biológico los residuos biosanitarios (guantes, algodones, apósitos, gasas, jeringas sin agujas, equipos de venoclisis, sondas y todo material que contenga fluidos corporales).	Garantiza la correcta clasificación y desecho de los residuos hospitalarios.
Deposite en tarro y bolsa roja resistente que no permita la salida de ningún fluido tejidos humanos como placenta, restos de biopsias estos son desechos anatomopatológicos.	Evita contaminación y garantiza el cumplimiento del protocolo de bioseguridad.
Deseche en el guardián o recipiente de paredes rígidas agujas hipodérmicas, agujas de sutura, lancetas, bisturís, limas y cuchillas. Estos residuos son llamados material cortopunzante.	Previene los accidentes laborales por riesgo biológico.
Deseche en tarro y bolsa roja los residuos químicos procedentes de recipientes o materiales contaminados con sustancias químicas inflamables, corrosivas y explosivas.	Garantiza entornos seguros al personal de salud y personas hospitalizadas.
Deposite los restos de mercurio procedente de los termómetros en bolsas plásticas con cierres herméticos, tipo ziploc, tarros plásticos con tapa como, por ejemplo, los de los rollos de fotografía. El área del derrame debe mantenerse con buena ventilación por un plazo de 24 horas.	Promueve la salud de las personas y protege el medio ambiente.
Empaque los residuos radioactivos procedentes de equipos de medicina nuclear, de medios diagnósticos y terapéuticos o de laboratorios de investigación en bolsas de color púrpura semitransparente.	Facilita visualizar su contenido y evitar la apertura de la bolsa cuando se requiera hacer verificaciones.
Envíe los medicamentos citostáticos (utilizados en quimioterapia) en bloques sólidos para que sean desechados por personal capacitado.	Garantiza el cumplimiento del protocolo de la institución.
Devuelva a la farmacia o al proveedor los productos farmacéuticos vencidos.	Garantiza el cumplimiento de las políticas establecidas para la devolución de medicamentos.



Evaluación

Evalúe:

- Dotación oportuna de tarros, bolsas rojas, púrpuras transparentes y guardianes.
- El llenado correcto de los guardianes (solo las $\frac{3}{4}$ partes).
- Que el personal de salud no reencapsule las agujas.
- El oportuno retiro de los desechos al lugar de almacenamiento intermedio y/o central.
- La jornada laboral en que se produce más residuos hospitalarios.
- Que el personal de salud deseche correctamente los residuos hospitalarios clasificados como peligrosos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención. Debe iniciarse desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios contienen: nombres y apellidos completos de la persona (dos si los tiene), número y tipo de documento de identificación (Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía).

En el proceso de identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de la persona:

- Adulto con documento de identidad.
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebé.
- Para el parto normal o cesárea de embarazo múltiple.
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto.
- Valore escala de riesgo (2).

OBJETIVOS NOC

- Registrar todos los datos de identificación en la historia clínica para la atención de la persona.
- Asegurar la correcta identificación de la persona en los procesos asistenciales.
- Prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de la atención en salud (eventos adversos).
- Realizar la identificación a través de manillas.
- Identificar el riesgo del paciente mediante la utilización de códigos de colores institucionales.
- Favorecer el trato personalizado.

RECOMENDACIONES

- Realizar una adecuada entrevista inicial a la persona, en el momento del ingreso al hospital, para la adecuada recolección de la información en relación a la identificación.
- Informar a la persona sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- Insistir en la responsabilidad principal de los profesionales de verificar la identidad de las personas, haciendo coincidir “los pacientes correctos con la atención correcta” en: toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, y otros.
- Utilizar, al menos, dos identificadores (nombre y documento de identidad) para verificar la identidad de la persona en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital.
- Disponer de protocolos claros para identificar personas que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de personas con el mismo nombre.
- Prever controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos en el ordenador.
- La identificación de los recién nacidos se llevará a cabo en Sala de Partos y será responsabilidad del profesional o auxiliar de Enfermería que recibe al neonato, la manilla de identificación se colocará así azul, si es niño, o rosada, si es niña, se colocara en el brazo y pierna izquierda, de no ser posible, se colocara en la otra extremidad.

- En el caso del paciente fallecido su identidad deberá ser corroborada con la manilla de identificación y con su formulario de traslado de fallecidos.
- La manilla de identificación no se retirará hasta el alta del paciente y se recomendará su retirada antes del egreso del hospital, a cargo de la secretaria clínica de cada proceso.
- Todas las personas deben estar identificados, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten (2).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Documentación:
 - ▷ Documento de identidad.
 - ▷ Registro Civil.
 - ▷ Tarjeta de identidad.
 - ▷ Cédula de ciudadanía.
 - ▷ Carné de salud si posee.
 - ▷ Historia clínica previa.
 - ▷ Dirección.
 - ▷ Teléfonos.
- Sexo.
- Edad extrema.
 - ▷ Niños.
 - ▷ Adulto mayor.
- Estado mental.
 - ▷ Conciencia.
 - ▷ Orientación.
 - ▷ Memoria.
 - ▷ Pensamiento.
 - ▷ Concentración.
 - ▷ Confusión.
 - ▷ Somnolencia.
 - ▷ Juicio.
- Estado físico:
 - ▷ Percepción auditiva.

- ▷ Movilidad (uso de prótesis).
- ▷ Comunicación.
- ▷ Alergias.
- ▷ Suministro de medicamentos.
- ▷ Procedimiento a realizar.

Diagnósticos de Enfermería

- 00043 Protección ineficaz R/C edades extremas M/P desorientación.
- 00038 Riesgo de traumatismo R/C Conocimientos deficientes sobre procedimientos de seguridad.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P Expresa interés en el aprendizaje. (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Lapicero con tinta permanente.
- Manillas de identificación según protocolo de la institución.
- Historia clínica de la persona (datos de identificación).
- Documento de identificación de la persona.
 - ▷ Registro Civil.
 - ▷ Tarjeta de identidad.
 - ▷ Cédula de ciudadanía.
 - ▷ Carné de EPS.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Humaniza el cuidado.
Solicite los documentos de identificación necesarios.	Permite verificar la identificación de la persona.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación del paciente y hace parte del respeto hacia él.
Identifique a la persona desde el ingreso, según protocolo de la institución de admisión en urgencias y consulta externa.	Evita eventos adversos en procedimientos institucionales (administración de medicamentos, toma de muestras de laboratorio, procedimientos quirúrgicos y otros).

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque manilla de identificación en lugar visible.	Permite la identificación en cualquier paso del proceso de atención en salud.
Identifique a la persona con manillas de colores según los riesgos (caídas, alergias, úlceras por presión, edad y prioridad en la atención).	
Informar al personal que realizará la atención de la persona identificada según los riesgos.	Permite priorizar y brindar seguridad en la atención de salud.
Informar a la persona sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.	Evita eventos adversos.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica del paciente.	Constancia de la actividad realizada y observando los principios éticos de la enfermera.

Evaluación

Evalúe con historia clínica datos de identificación:

- Nombre completo de la persona.
- Número de historia clínica.
- Documento de identidad.
 - ▷ Registro Civil, Tarjeta de Identidad.
 - ▷ Cédula de Ciudadanía.
 - ▷ Carné de salud, si posee.
- Dirección.
- Teléfonos.
- Edad.
- Estado mental:
 - ▷ Conciencia.
 - ▷ Orientación.
 - ▷ Memoria.
 - ▷ Pensamiento.
 - ▷ Concentración.
 - ▷ Confusión.
 - ▷ Somnolencia.

- ▷ Juicio.
- Estado físico:
 - ▷ Percepción auditiva.
 - ▷ Movilidad (uso de prótesis).
 - ▷ Comunicación.
 - ▷ Alergias.
 - ▷ Suministro de medicamentos.
 - ▷ Procedimiento a realizar.

ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE E HIJO

DEFINICIÓN

Procedimiento que garantiza el cuidado integral y oportuno a la madre y el recién nacido desde el ingreso a sala de partos, para prevenir fallas e incidentes en la atención de trabajo de parto, parto y posparto, a través de la valoración del estado de salud de la gestante (19).

ATENCIÓN A LA MADRE

OBJETIVOS NOC

- Identificar a la madre, de acuerdo a la valoración del riesgo materno-fetal.
- Elaborar partograma a toda materna en trabajo de parto.
- Identificar problemas de salud relacionados con la atención a la gestante y el recién nacido.
- Vigilar a la mujer en los períodos de trabajo de parto, parto y postparto inmediato mediante monitoreo de signos vitales, actividad uterina, frecuencia cardíaca fetal, sangrado vaginal y su correspondiente registro.
- Identificar signos de alarma materno-fetal.
- Identificar completa y correctamente a la materna y clasificar el riesgo materno-fetal.
- Identificar correctamente al recién nacido. Niños con manilla azul y niñas con manilla rosada.



RECOMENDACIONES

- Realice monitoreo de signos de alarma en la gestante con fiebre, sangrado vaginal, presencia de dolor, presencia de contracciones uterinas irregulares, vómito, diarrea.
- Verifique que las manillas de identificación de la madre y el recién nacido tengan los datos correctos.
- Facilite la compañía del esposo o un familiar a la gestante durante el período de hospitalización.
- Solicite la presencia del médico pediatra, para la valoración y asistencia del recién nacido durante el período de parto.
- Inicie el esquema de vacunación del recién nacido en las primeras seis (6) horas de nacimiento.
- Indique a la materna el inicio de la lactancia inmediatamente después del parto (favorece el vínculo afectivo madre-hijo, evita hemorragias postparto).
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se realice el registro civil del recién nacido en forma inmediata. Usualmente el registrador lo está realizando en la misma Institución.
- Dar consejería sobre métodos de planificación familiar.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PCE

Valoración

Valore:

- Factores de riesgo maternos:
 - ▷ Retraso mental.
 - ▷ Edad: menor de 18 años, mayor de 35 años.
 - ▷ Peso: obesidad, ganancia de peso inadecuada durante la gestación.
 - ▷ Talla: estatura menor de 1,50.
 - ▷ Presión arterial: mayor de 130 / 90, hipertensión inducida por la gestación.

- ▷ Paridad: mayor de 6 hijos.
 - ▷ Abortos: más de 2 abortos.
 - ▷ Intervalo intergenésico: menor de 12 meses.
 - ▷ Edad gestacional: menor de 20 semanas, mayor de 41 semanas.
 - ▷ Altura uterina en relación con la edad gestacional.
 - ▷ Embarazo múltiple.
 - ▷ Estado nutricional.
 - ▷ Diabetes gestacional, hipertensión arterial.
 - ▷ Isoinmunización.
 - ▷ Polihidramnios u oligohidramnios.
 - ▷ Retraso del Crecimiento Intrauterino, RCIU.
 - ▷ Infecciones urinarias.
 - ▷ Sangrados uterinos anormales (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta).
 - ▷ Rotura prematura de las Membranas, RPM.
 - ▷ Trastornos circulatorios periféricos (várices).
 - ▷ Anemia (hemoglobina inferior a 10 g/L).
 - ▷ Citología vaginal anormal.
 - ▷ Infecciones cervicovaginales: hongos, tricomonas, gonorrea.
 - ▷ Infecciones: VIH, sífilis, toxoplasmosis, rubeola y citomegalovirus (CMV).
 - ▷ Tabaquismo y alcoholismo (se debe vigilar).
- Factores de riesgo fetales
 - ▷ Malformaciones fetales congénitas anteriores.
 - ▷ Antecedentes de mortalidad perinatal.
 - ▷ Recién nacido anterior con peso mayor de 4.200 g.
 - ▷ Anomalías en el crecimiento fetal.
 - ▷ Partos pretérmino.

Diagnósticos de Enfermería

- 00105 Interrupción de la lactancia materna R/C Enfermedad de la madre M/P Separación madre-hijo.
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C Deterioro de la salud del cuidador.
- 00106 Disposición para mejorar la lactancia materna M/P La madre expresa satisfacción con el proceso de amamantamiento (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Mesa ginecológica.
- Balanza con tallímetro.
- Doppler (amplificador de ruidos fetales).
- Termómetro.
- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Metro.
- Estetoscopio de Pinard.
- Espéculos vaginales.
- Sistema de registro: Manual o sistematizado.
- Lapicero Negro.

Ejecución NIC

Valoración física de la gestante

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Humaniza el cuidado.
Solicite los documentos de identificación necesarios.	Garantiza la seguridad al paciente.
Confirme la identidad del paciente y coloque manilla de identificación completamente diligenciada.	Evita eventos adversos.
Interrogue sobre antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, alergias, medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, enfermedades y tratamientos recibidos durante la gestación.	Permite obtener información sobre situaciones de salud anteriores.
Interrogue sobre antecedentes obstétricos: gestaciones, partos, abortos, cesáreas e historia sexual.	Orienta sobre problemas obstétricos anteriores.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Interrogue sobre antecedentes ginecológicos: menarquia, ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, métodos anticonceptivos, fecha de la última citología vaginal y cirugía ginecológica.	Evalúa edad gestacional y problemas ginecológicos.
Interrogue sobre antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, enfermedades autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.	Relaciona las enfermedades familiares con factores de riesgo actuales en la gestante.
Interrogue sobre gestación actual: fecha de la última menstruación, presencia o ausencia de movimientos fetales, sangrados vaginales, expulsión de líquido amniótico, sintomatología infecciosa urinaria o cervico-vaginal, cefaleas persistentes, epigastralgia, vómito, fosfenos, acufenos y otros.	Identifica factores de riesgo en la gestación actual.
Tome medidas antropométricas: peso y talla.	Garantiza obtener información para la valoración física.
Confirme datos de ganancia de peso (1 kg por mes, aproximadamente, máximo 11 kg durante la gestación).	Permite valorar la ganancia de peso durante la gestación.
Valore estado nutricional de la persona.	Permite valorar las deficiencias o excesos dietéticos.
Tome signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial (ver procedimientos).	Permite valorar hipertensión inducida por la gestación después de la semana 20.
Realice examen físico céfalo caudal por sistemas. Debe incluir la cavidad bucal.	Permite relacionar cambios fisiológicos durante la gestación.
Examine cabeza y cuello: mucosa de nariz, encías, mucosa de boca, gingivitis frecuentes, nariz y mejillas (cloasma). Ligero aumento de la base del cuello por hipertrofia de la glándula tiroides.	Identifica cambios fisiológicos en la gestación.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Examine en tórax: mamas, aumentos de la areola más ancha con abundantes pliegues, el pezón y la areola se oscurecen, se observan tubérculos de Montgomery que hacen relieve alrededor del pezón.	Permite hacer diagnóstico y valorar la adaptación del pezón a la lactancia materna.
Valore en abdomen: altura uterina, se mide desde el pubis hasta el fondo uterino. La altura uterina en función de la edad gestacional determina un crecimiento lineal hasta la semana 36.	Relaciona semanas de gestación con el crecimiento fetal.
Realice maniobras de Leopold.	Identifica posición, situación y presentación fetal.
Determine la frecuencia cardíaca fetal con sistema Doppler desde la séptima semana hasta la semana 20 y con fonendoscopio de Pinard desde la semana 21 y movimientos fetales hasta el final de la gestación.	Valora vitalidad fetal.
Contabilice frecuencia cardíaca fetal (mayor de 160 taquicardia y menor de 120 Bradicardia).	Determina el riesgo fetal
Realice examen de senos y genitales que incluye examen de cuello uterino, tamaño, posición uterina y anexos, posibles infecciones genitales.	Permite identificar factores de riesgo ginecológicos y su relación con la gestación actual.
Ordene exámenes de laboratorio, monitoria fetal y ecografías de acuerdo a patologías identificadas.	Permite identificar el riesgo materno fetal.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad.	Evita infecciones intrahospitalarias y mayor confort a la persona y sanciones por desecho incorrecto del material.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica del paciente.	Constancia de la actividad realizada y observando los principios éticos de la enfermera.

Evaluación

Evalúe:

- Capacidad de percibir, reconocer, actuar, juzgar y su orientación en tiempo, lugar y espacio.
- Sobrepeso o bajo peso materno.
- Alteración en los signos vitales: presión arterial, pulso y temperatura.
- Semanas de gestación (embarazo pretérmino o postérmino).
- Altura uterina en relación con la edad gestacional
- Exámenes de laboratorio e identifique factores de riesgo:
 - ▷ Anemia (hemoglobina inferior a 10 g/L).
 - ▷ Infecciones cervicovaginales: hongos, tricomonas, gonorrea.
 - ▷ Infecciones: VIH, sífilis, toxoplasmosis, rubeola y citomegalovirus (CMV).
 - ▷ Diabetes, infecciones urinarias.
 - ▷ Incompatibilidad Rh.
- Ecografías:
 - ▷ Embarazo múltiple.
 - ▷ Polihidramnios u oligohidramnios.
 - ▷ Retraso del Crecimiento Intrauterino, RCIU.
 - ▷ Sangrados uterinos anormales (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta)
 - ▷ Malformaciones fetales congénitas anteriores.
 - ▷ Rotura Prematura de las Membranas, RPM.
- Presencia de várices.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

DEFINICIÓN

Es el procedimiento que consiste, en brindar las condiciones favorables en el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido. Se considera recién nacido al bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento.



OBJETIVOS NOC

- Evaluar oportunamente factores de riesgo.
- Aplicar test de APGAR.
- Determinar anomalías fetales.
- Supervisar el proceso de adaptación cardiorrespiratorio y de termorregulación.
- Tomar medidas antropométricas.
- Brindar tratamientos inmediatos.
- Evitar enfriamiento.
- Prevenir complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Colocar al recién nacido al seno materno en las primeras 6 horas (promover la lactancia materna).
- No ofrecer al recién nacido suero glucosado ni alimentación suplementaria.
- Promover el vínculo madre-hijo.
- No separar al recién nacido de su madre.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Test de APGAR.
 - ▷ Color de la piel (apariencia).
 - ▷ Frecuencia cardíaca (pulso).
 - ▷ Reflejos (gesto).
 - ▷ Tono muscular (actividad).
 - ▷ Frecuencia respiratoria (respiración-llanto) (20).
- Medidas antropométricas.
 - ▷ Peso.
 - ▷ Talla.

- ▷ Perímetro cefálico.
- ▷ Perímetro abdominal.
- Signos de infección.
- Permeabilidad del ano.
- Factores de riesgo.
 - ▷ Prematuridad.
 - ▷ Bajo peso al nacer.
 - ▷ Macrosomía fetal.
 - ▷ Dificultad respiratoria.

Diagnósticos de Enfermería

- 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Inmadurez neurológica M/P Alteraciones en la profundidad respiratoria.
- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad R/C Problemas respiratorios.
- 00117 Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante M/P Mediciones fisiológicas estables (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Mesa de Recepción.
- Balanza pediátrica.
- Lámpara de calor radiante.
- Equipo de paro respiratorio neonatal.
- Sistema de oxígeno.
- Aspirador.
- Fonendoscopio para RN.
- Laringoscopio con valvas rectas pediátricas.
- Máscaras de oxígeno para recién nacido.
- Reloj de pared con segundos.
- Equipo para ligadura de cordón (clamp).
- Guantes estériles.
- Pañales estériles y precalentados.
- Alcohol.

- Tijeras estériles.
- Aspirador tipo pera de goma.
- Sonda Nelatón No 10.
- Jeringas de 1cc y 3 cc, 10 cc y 20 cc.
- Ampollas de vitamina K.
- Gotas oftálmicas desinfectantes.
- Gasas estériles.
- Pulseras para identificación.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Utilice los elementos de protección personal necesarios (gorro, mascarilla, bata estéril, guantes estériles).	Evita contaminación e infecciones
Confirme la identidad del recién nacido con la historia clínica de la madre.	Evita confusiones
Realice valoración inicial (llanto, tono muscular, frecuencia cardíaca, color y reflejos).	Permite evaluar vitalidad fetal al minuto de nacer.
Seque y abrigue al recién nacido y colóquelo sobre la piel del Abdomen de la madre.	Evita enfriamiento y proporciona bienestar al recién nacido.
Aspire secreciones en boca y nariz, evite paso de sonda al estómago.	Previene una broncoaspiración.
Ligue el cordón con clamp umbilical entre 3 a 4 cm por encima del abdomen.	Evita la colonización con gérmenes intra-hospitalarios.
Realice profilaxis umbilical con alcohol.	Previene infecciones en el cordón umbilical (onfalitis).
Valore la presencia de 1 vaso y 2 arterias umbilicales. La presencia de Arteria Umbilical Única, AUU, se asocia con malformaciones y anomalías cromosómicas.	Permite evaluar malformaciones congénitas.
Identifique al recién nacido colocando número de historia clínica y nombre de la madre, fecha y hora de nacimiento, peso y talla. Utilice manilla rosada si es niña, manilla azul si es niño.	Evita eventos adversos y confusiones.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Valore puntuación de APGAR a los 5 minutos, si el puntaje es <7, se debe asignar puntajes APGAR adicionales cada 5 minutos hasta los 20 minutos.	Permite evaluar vitalidad fetal.
Valore medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal.	Permite evaluar incrementos posteriores.
Asee al Recién Nacido, solo en caso de enfermedades como el VIH, Hepatitis B y C y corioamnionitis, según protocolo de la institución.	Disminuye la posibilidad de transmisión vertical al recién nacido.
Administre vitamina K intramuscular: 1 mg a recién nacidos con pesos ≥ 2000 gr y 0,5 mg. para RN con peso de nacimiento menor de 2000 gr.	Evita hemorragias.
Realice profilaxis ocular con gotas oftálmicas, según protocolo de la institución.	Previene enfermedades oftálmicas gonocócicas
Realice examen físico general cefalocaudal (cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitales y extremidades).	Permite descartar patologías y malformaciones congénitas.
Realice valoración neurológica (reflejos de búsqueda, succión, de Moro, Babinski).	Previene problemas neurológicos.
Evalúe edad gestacional, test de Capurro (forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, textura de la piel y pliegues plantares).	Determina si el recién nacido es nacido es a término o pretérmino.
Evalúe si el recién nacido requiere o no cuidados especiales por médico neonatólogo.	Previene situaciones de riesgo.
Coloque al recién nacido normal con su madre.	Facilita contacto, amor madre-hijo, evita pérdidas de calor,
Inicie el amamantamiento dentro de la primera hora de vida.	Fomenta la lactancia materna exclusiva.
Informe a los padres y familia sobre el estado de salud del recién nacido y recomendaciones sobre los cuidados a seguir.	Previene complicaciones.
Registre en la historia clínica perinatal el procedimiento y observaciones.	Permite dejar constancia del procedimiento realizado.



Evaluación

Evalúe:

- Resultados de:
 - ▷ Test de APGAR.
 - ▷ Medidas antropométricas.
 - ▷ Examen neurológico (reflejos de búsqueda, succión, de Moro, Babinski).
- Examen físico.
 - ▷ Cabeza (fontanelas, sutura sagital, caput succedaneum, cefalohematomas).
 - ▷ Tórax (continuidad de la clavícula, respiración, glándulas mamarias, frecuencia cardíaca).
 - ▷ Abdomen (forma del abdomen y muñón umbilical).
 - ▷ Genitales (en niñas si los labios mayores cubren a los inferiores, en niños los testículos deben estar descendidos al escroto y presencia de fimosis).
 - ▷ Extremidades (malformaciones de los huesos y presencia de polidactilia, sindactilia).
- Permeabilidad del ano (presencia de meconio).
- Signos de infección.
- Factores de riesgo.
 - ▷ Prematuridad.
 - ▷ Bajo peso al nacer.
 - ▷ Macrosomía fetal.
 - ▷ Dificultad respiratoria.

LISTA DE CHEQUEO

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite verificar el cumplimiento de actividades a través de formatos establecidos, donde se deja constancia de los puntos inspeccionados. Este instrumento identifica puntos débiles así como oportunidades (21) de garantizar las prácticas de seguridad del paciente y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo. Tiene como propósito reducir el número de complicaciones y mejorar la seguridad de la persona.

OBJETIVOS NOC

- Verificar de una manera estructurada el cumplimiento de los requisitos establecidos.
- Prevenir errores de identificación en las personas durante los procedimientos.
- Prevenir eventos adversos asociados a procesos en salud.
- Reducir el número de complicaciones.
- Contribuir a la seguridad de la persona durante los procesos de salud.
- Definir responsabilidades en el equipo de salud referentes al procedimiento a ejecutar.

RECOMENDACIONES

- Las Listas de Chequeo deben ser actualizadas periódicamente, según las necesidades que se vayan presentando y de acuerdo a los cambios que se den en la institución.
- Aplicar las listas de chequeo a los procedimientos quirúrgicos, atención de parto, administración de medicamentos, recibo y entrega de turno, aplicación de medidas de bioseguridad.

LISTA DE CHEQUEO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de verificación y control que se utiliza como herramienta para mejorar la seguridad de las personas durante las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos.

OBJETIVOS NOC

- Verificar las medidas de seguridad en la atención quirúrgica.
- Mejorar la seguridad de la persona durante el procedimiento quirúrgico y reducir los eventos adversos.
- Reforzar las prácticas quirúrgicas seguras.
- Fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las dife-



rentes disciplinas en salud.

- Implementar la cultura de la seguridad del paciente como un patrón de referencia en la práctica diaria.

RECOMENDACIONES

- La lista debe ser aplicada por un coordinador, generalmente la enfermera.
- Cuando no sea posible confirmar los datos de identificación de la persona (menores, discapacitados o situación clínica) recurrir a un familiar o tutor.
- La lista de chequeo en procedimientos quirúrgicos evita la ocurrencia de eventos que nunca se deben presentar tales como:
 - ▷ Realizar un procedimiento quirúrgico a la persona equivocada.
 - ▷ Realizar un procedimiento equivocado a la persona.
 - ▷ Realizar un procedimiento quirúrgico en el sitio equivocado.
 - ▷ Dejar un cuerpo extraño olvidado después de la cirugía.
 - ▷ Evitar infecciones en el sitio operatorio.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Identidad de la persona y verifique en la pulsera de identificación los datos correspondientes.
- Consentimiento informado para procedimiento quirúrgico y anestesia.
- Lugar anatómico de la intervención.
- Historia de alergias.
- Riesgo de hemorragias.
- Riesgo de broncoaspiración.
- Permeabilidad de la vena.
- Confirmar con el laboratorio la reserva sanguínea.
- Confirmar con el anestesiólogo la seguridad de los equipos.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Inmovilidad física M/P alteración de la integridad de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C con edades extremas.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Lápiz negro.
- Lista de chequeo.
- Manillas de identificación.
- Historia clínica de la persona.
- Equipo para profilaxis antibiótica en caso necesario.
- Fármacos anestésicos y de monitoreo (oximetría de pulso).
- El recuento de instrumental, gases y compresas.
- Identificación para las muestras de laboratorio.

Ejecución NIC

Antes de la anestesia

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Humaniza el cuidado.
Solicite los documentos de identificación necesarios.	Garantiza la seguridad al paciente.
Confirme la identidad del paciente y coloque manilla de identificación completamente diligenciada.	Evita eventos adversos.
Confirme hora de la cirugía.	Garantiza el cumplimiento del procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Compruebe la presencia de formato de valoración prequirúrgica.	Garantiza el cumplimiento de protocolo de la institución.
Verifique el sitio quirúrgico y su correspondiente marcación.	Evita errores en el acto quirúrgico (eventos adversos).
Verifique el procedimiento.	Ofrece seguridad a la persona.
Verifique diligenciamiento de los consentimientos informados (para cirugía y anestesia).	Confirma la aceptación por parte de la persona y evita demandas futuras a la institución.
Confirme si la persona tiene historia de alergias.	Ofrece seguridad a la persona.
Retire prótesis dentales removibles, prótesis ocular y auditiva, ropa interior, medias, zapatos y objetos metálicos.	Evita eventos adversos.
Compruebe reserva de sangre, canalice o revise permeabilidad de la vena periférica según protocolo.	Garantiza seguridad de la persona.
Verifique Rh sanguíneo.	Garantiza seguridad de la persona en caso de transfusión sanguínea.
Verifique presencia de lesiones en la piel o sobre el área quirúrgica.	Evita procesos infecciosos posquirúrgicos.
Instaure profilaxis de antibióticos y otros medicamentos según protocolo y orden médica.	Garantiza cumplimiento del protocolo de la institución.
Realice toma de signos vitales, peso, talla e incluya frecuencia cardíaca fetal en pacientes embarazadas.	Garantiza cumplimiento del protocolo de la institución.
Informe al anestesiólogo en caso de identificar alteración de signos vitales o alguna otra novedad.	Garantiza la seguridad de la persona en el procedimiento quirúrgico.
Verifique que la persona entregue historia clínica antigua si la tiene, paraclínicos y/o pruebas diagnósticas.	Comprueba procedimientos anteriores, exámenes de laboratorio y radiografías.
Identifique que la persona no esté tomando Aspirina u otros anticoagulantes.	Evita riesgo de hemorragia.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Cumplimiento del ayuno de la persona.	Previene riesgo de broncoaspiración.
Deje el registro correspondiente.	Permite verificar la actividad realizada.

En el proceso quirúrgico

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona con nombre completo, preséntese la persona de manera cordial e identifíquese (nombre y cargo).	Humaniza el cuidado en la atención de salud.
Verifique que sea la persona correcta, el procedimiento correcto, según la asignación y programación quirúrgica.	Ofrece seguridad a la persona durante el procedimiento.
Verifique con la historia clínica el lado correcto a operar.	Garantiza seguridad de la persona.
Verifique con el jefe de turno la disponibilidad de cama según el riesgo quirúrgico.	Garantiza la hospitalización de la persona en el proceso postquirúrgico.
Verifique que el consentimiento informado de anestesia y de cirugía estén firmados por el cirujano, el anestesiólogo y por la persona.	Evita procesos judiciales.
Verifique que la persona presente historia clínica y paraclínicos, exámenes de laboratorio y Rx si los tiene.	Permite revisar estado actual y anterior de la salud de la persona evitando retraso en el procedimiento quirúrgico.
Verifique que la vena esté permeable y canalizada con el catéter intravenoso, según protocolo de la institución.	Garantiza la aplicación de protocolo.
Verifique profilaxis de antibiótico administrada.	Evita infecciones posquirúrgicas y garantiza la aplicación de protocolo.
Verifique con la persona antecedentes patológicos como diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, problemas respiratorios y los medicamentos que ha recibido.	Evita eventos adversos durante proceso quirúrgico y postquirúrgico.
Verifique antecedentes de alergia a medicamentos y compruebe en la marquilla de identificación el medicamento al cual hace reacción alérgica.	Evita eventos adversos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Ingrese a la persona en silla de ruedas o camilla según procedimiento a realizar o condición.	Ofrece seguridad a la persona y personaliza el cuidado.
Cerciórese que el instrumentador verifica con todo el equipo quirúrgico el lado correcto a operar.	Previene errores en el procedimiento.
Prepare medicamentos, según criterio del anestesiólogo, verifique nombre del medicamento, fecha de vencimiento. Rotule lo preparado.	Evita eventos adversos.
Verifique junto con el instrumentador la esterilización de los equipos con sus debidos indicadores e integradores, asegurando el proceso y anexándolos en su adecuado registro. (Pegar los indicadores en la hoja de registro).	Evita infecciones quirúrgicas y ofrece seguridad a la persona.
Verifique, en compañía del anestesiólogo y con base en la guía de posiciones quirúrgicas, las posibles zonas de presión.	Permite tomar medidas preventivas y evitar úlceras por presión.
Verifique junto con el instrumentador el conteo inicial de compresas, rollos abdominales, hojas de bisturí, agujas, hojas, gasas radiopacas y comunes además de elementos requeridos de conteo y registre en el tablero y anexe los registros correspondientes.	Previene dejar cuerpos extraños olvidados después de la cirugía y ofrece seguridad a la persona.
Verifique con el anestesiólogo el refuerzo del antibiótico por prolongación de cirugía después de seis (6) horas.	Previene infecciones en el sitio de la herida quirúrgica.
Traslade a la persona a la sala de recuperación en compañía del anestesiólogo.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje el registro correspondiente.	Permite verificar la actividad realizada.

Posoperatorio (recuperación)

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Utilice los elementos de protección personal completos (gorro, tapabocas, gafas, bata estéril).	Evita contaminación.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Reciba a la persona intervenida quirúrgicamente y verifique que sea entregada por el anestesiólogo y circulante.	Ofrece seguridad a la persona y evita eventos adversos.
Coloque a la persona oxígeno, pulsioxímetro y tensiómetro, registre sus signos vitales, revise área quirúrgica y condiciones de la persona, organice líquidos endovenosos y verifique que estén rotulados.	Garantiza cumplimiento de protocolo y da seguridad y confianza a la persona durante el proceso de recuperación.
Verifique herida seca, drenes y sondas funcionando y rotulados, vena permeable.	Previene riesgo de hemorragias y garantiza eliminación de secreciones por drenes.
Confirme que los signos vitales estén entre los parámetros normales, en caso contrario avisar al anestesiólogo.	Garantiza la valoración de salud permanente en la persona.
Chequee historia clínica con el fin de cumplir órdenes médicas, registre los medicamentos, realice test de recuperación posanestésica (test aldrete*) o nota de enfermería según el caso.	Permite valorar a la persona dentro de los parámetros normales establecidos a través de protocolo.
Evalúe continuamente las condiciones clínicas de la persona, brinde los cuidados de enfermería de acuerdo a sus necesidades, en caso de presentarse alguna situación especial informe oportunamente al médico o anestesiólogo responsable.	Permite valorar con calidad y eficiencia el cuidado de enfermería.
Vigile y verifique las reacciones medicamentosas y rotule, según protocolo institucional en la manilla de identificación.	Evita eventos adversos.
Verifique y cumpla refuerzo de antibiótico y otros medicamentos según horario.	Previene infecciones en el sitio de la herida quirúrgica.
Verifique y evalúe condiciones de la persona antes de su egreso.	Ofrece seguridad a la persona.
Brinde información de la persona en forma oportuna a sus acompañantes	Humaniza el cuidado y logra la participación de la familia en la recuperación del estado de salud de la persona.
Entregue al personal de piso, indicando el paciente la evolución del estado de salud y pendientes.	Permite cumplir con los procedimientos pendientes.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Entregue a la persona a camillero antes de su traslado a piso o egreso de la institución.	Ofrece seguridad a la persona.
Indique y oriente acerca de los cuidados a seguir a la persona y acompañantes antes de su egreso.	Da continuidad al tratamiento ordenado.
Entregue fórmula médica e incapacidad.	Cumple con protocolo institucionales.
Deje el registro correspondiente en la historia clínica y en el formato de recibo y entrega de turno.	Permite verificar la actividad realizada.

Tabla 1. Test Aldrete simplificado

Conciencia	Despierto y orientado.	2
	Requiere mínimo estímulo para ser despertado.	1
	No despierta con estímulo táctil.	0
Actividad	Capaz de movilizar extremidades.	2
	Debilidad leve a moderada de extremidades.	1
	Incapaz de movilizar extremidades.	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser, sin taquipnea.	2
	Taquipnea, pero buena capacidad de toser.	1
	Disnea con mala capacidad para toser.	0
Hemodinamia	Tensión arterial $\pm$ 15% del nivel preprocedimiento.	2
	Tensión arterial $\pm$ 30% del nivel preprocedimiento.	1
	Tensión arterial $\pm$ 50% del nivel preprocedimiento.	0
Saturación de O₂	Mantiene saturometría > 92% respirando aire ambiente.	2
	Necesita inhalar oxígeno para mantener saturometría $\geq$ 90%.	1
	Sat O ₂ < 90% a pesar de oxigenoterapia.	0
Dolor	Sin dolor.	2
	Dolor moderado a intenso, controlable con analgésicos endovenosos.	1
	Dolor persistente.	0
Náuseas y vómitos	Ausentes.	2
	Aislados.	1
	Persistentes.	0

Fuente: Aldrete, José Antonio. Escala de Aldrete Modificada (22).

Evaluación

Evalúe:

- Correcta identificación y posibles riesgos.
- Presencia de formatos de consentimientos informados con su correspondiente firma en la historia clínica.
- Correcta identificación del sitio anatómico de la intervención.
- Historia de alergias.
- Riesgo de hemorragias.
- Riesgo de broncoaspiración.
- Permeabilidad de la vena.
- Con el laboratorio la reserva y grupo sanguíneo.
- La seguridad de los equipos con el anestesiólogo.

DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

Conjunto de disposiciones emanadas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Salud, con la finalidad de que sean conocidas por las personas antes de realizar su afiliación a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

OBJETIVOS NOC

- Divulgar los derechos que tienen las personas en los cuidados en la atención de salud.
- Disponer de información clara, concreta y concisa que le permita a la persona escoger la entidad promotora de salud que le ofrezca los servicios que satisfaga sus necesidades de salud y sus expectativas en general.
- Tener conocimiento sobre cuáles son las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado con mejor desempeño en el ámbito nacional.
- Disponer de un recurso humano interdisciplinario acorde con las necesidades de los pacientes y/o afiliados.



- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.
- Mejorar la seguridad de la persona durante el procedimiento quirúrgico y reducir los eventos adversos.
- Fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas en salud.
- Disponer de la infraestructura física, de tecnología de punta y de personal idóneo en todas las sedes de la institución.

RECOMENDACIONES

- Oriente sobre los servicios que oferta la entidad promotora de salud.
- Aclare a la persona cualquier tipo de duda que tenga antes de tomar la decisión de afiliarse.
- Asesore a la persona sobre las dudas en el servicio solicitado.
- Informe sobre las ventajas y desventajas de vincularse a la entidad promotora de salud.
- Oriente sobre el valor de copagos o cuotas moderadoras.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Conocimiento de la persona sobre:
 - ▷ Trayectoria nacional, departamental y/o local de la EPS seleccionada.
 - ▷ Ubicación geográfica de la entidad escogida.
 - ▷ Accesibilidad y desplazamiento fácil.
- Satisfacción de las personas sobre:
 - ▷ Los servicios recibidos.
 - ▷ Agilidad y oportunidad en la prestación de los servicios.
 - ▷ Instalaciones físicas y tecnológicas.

Diagnósticos de Enfermería

- 00126 Conocimiento deficiente R/C Mala interpretación de la información M/P seguimiento inexacto de las instrucciones.
- 00173 Riesgo de confusión aguda R/C deterioro de la cognición.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P describe experiencias previas relacionadas con el tema (1), (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

- Información actualizada sobre los deberes y derechos del paciente.
- Folletos actualizados sobre los riesgos y consecuencias en cada procedimiento.
- Disponer de la carta de derechos del afiliado y del paciente que debe contener Información sobre:
 - ▷ Los servicios a los que tienen derecho, acordes con el Plan de Beneficios.
 - ▷ La red de prestación de servicios.
 - ▷ Mecanismos y procedimientos para acceder a los servicios.
 - ▷ Entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos que tiene como paciente (23).

Ejecución NIC

Derechos

Reglas normativas fijadas por una jurisdicción legal, son propias de un pueblo o de una comunidad. Todo ser humano los merece, no importa de dónde venga, dónde haya nacido o dónde viva.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Permite verificar la identificación de la persona.
Explique a la persona independiente de su étnia, orientación sexual, edad, idioma, religión, políticas, posición económica o condición social sus derechos de:	Humaniza el cuidado.
Elegir libremente al Médico, y en general, a los profesionales de la salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles de la institución.	Garantiza la satisfacción durante la atención en salud.
Disfrutar de una comunicación plena y clara con el Médico y demás personal que lo atiende en la institución.	Permiten obtener información necesaria respecto a la enfermedad que padece.
Recibir una explicación previa a cualquier procedimiento para que pueda dar su consentimiento informado.	Garantiza la autorización o rechazo de la persona al procedimiento.
Guardar confidencialidad del diagnóstico, tratamiento, identidad, permanencia dentro de la institución y sólo con su autorización esta información pueda ser conocida.	Garantiza la privacidad de la información de la historia clínica.
Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.	Permite la calidad del cuidado durante la atención en salud.
Recibir información acerca de los costos, y la facturación por los servicios obtenidos, así como autorizar costos adicionales.	Permite tener claridad de los costos proceso.
Respetar la decisión de participar o no en investigaciones.	Garantiza los principios de justicia y equidad.
Recibir atención y cuidados en sitios tranquilos, limpios y en condiciones de privacidad.	Garanticen el respeto por la intimidad de la persona.
Recibir información de las políticas o decisiones concernientes a la atención.	Permite conocer las normas de la Institución.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Tener compañía y recibir apoyo en la toma de decisiones, por parte de los familiares o acudientes, en caso de inconciencia, minoría de edad, limitaciones físicas, cognitivas o mentales.	Garantiza la seguridad del paciente y humaniza el cuidado.
Recibir atención oportuna y con calidad por parte del equipo de salud.	Evita complicaciones en la atención de salud.

Deberes

Es el compromiso moral de alguien con los demás con algo y consigo mismo. No deben confundirse los deberes con las obligaciones, puesto que los primeros son puramente morales; mientras que las segundas son explícitas en el código legal. Los deberes constituyen pilares de la sociedad.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Suministrar información oportuna, veraz, clara y completa, del estado de salud cuando sea solicitada por el equipo médico.	Permite al equipo de salud realizar diagnósticos y tratamientos seguros a la persona.
Presentar documentos de identificación, carnés, autorizaciones todas legales.	Garantiza la identificación de la persona.
Asistir a las citas médicas o cancelarlas oportunamente.	Permite el uso racional de los servicios.
Seguir los tratamientos y cuidados que el personal asistencial ha establecido para la recuperación de su salud.	Previene complicaciones y fortalece el autocuidado.
Tratar con respeto a todo el personal de la institución y a los demás usuarios	Permite una relación basada en el respeto.
Cuidar de los recursos, equipos, servicios e instalaciones de la institución.	Garantiza el uso racional de los recursos institucional.
Cumplir con las normas establecidas por la institución.	Da cumplimiento al protocolo institucionales.
Ofrecer información real de los ingresos y seleccionar el tipo de régimen coherente con estos (contributivo o subsidiado)	Hace parte del compromiso moral y ético.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Reportar los beneficiarios del servicio de salud solo a esposa/o, hijas/os y padres de uno de los conyugues en el caso de que los dos sean cotizantes del sistema.	Garantiza la aplicación de las normas legales.
Si es trabajador independiente, pagar oportunamente al sistema.	Cumple con las normas para una atención oportuna.
Estar afiliado en una sola entidad promotora de salud y en un solo régimen.	Permite cumplir con las normas legales.
Pagar la cuota moderadora que le corresponda de acuerdo a su salario.	Garantiza el uso racional del servicio.

Evaluación

Evalúe:

- Capacidad de la persona de recibir, retener y aplicar conocimientos
 - ▷ Secuencia lógica de pensamiento.
 - ▷ Claridad de ideas.
- Claridad de la persona sobre:
 - ▷ Los derechos y deberes con la EPS e IPS.
 - ▷ Ubicación geográfica de la institución de salud escogida.
 - ▷ Accesibilidad y desplazamiento fácil.
- Satisfacción de las personas sobre:
 - ▷ Los servicios recibidos.
 - ▷ Agilidad y oportunidad en la prestación de los servicios.
 - ▷ Instalaciones físicas y tecnológicas.
- Responsabilidad de la persona sobre:
 - ▷ Cumplimiento de tratamientos ordenados.
 - ▷ Toma de muestras de rayos x y de laboratorio.
 - ▷ Asistencia las citas y controles.



Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2012-2014.: Elsevier; 2012.
2. República de Colombia; Minsalud. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio. Paquetes instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud”. Segunda ed. Minsalud , editor. Bogotá; sf.
3. República de Colombia; Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [Online].; 2008 [cited 2015 Noviembre 15. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>.
4. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012 - 2014 Barcelona: Elsevier; 2012.
5. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017 Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
6. Úlceras.net. Úlceras por presión: Prevención. [Online].; Úlceras por presión: Prevención [cited 2015 Noviembre 16. Available from: <http://www.ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>.
7. Instituto del Seguro Social; ACOFAEN. Infecciones Intrahospitalarias. Técnicas para el lavado de manos Santafe de Bogotá: Acofaen; 1998.
8. Organización Mundial de la Salud. Sus 5 momentos para la higiene de las manos. 2012. Cartel de la atención ambulatoria.

9. Organización Mundial de la Salud. [Manual técnico de referencia para la higiene de las manos].; 2009.
10. Tapia FL. Cuidados enfermeros en la unidad de quemados. Segunda ed. Málaga, España: Publicaciones Vértice S. L.; 2008.
11. Gobierno de Chile; Ministerio de Salud. Norma No. 13. Manejo de Material Estéril. [Online].; sf [cited 2015 Julio 15. Available from: http://www.ispch.cl/sites/default/files/norma_13_manejo_material_esteril.pdf.
12. Universidad Industrial Santander. Manual de Bioseguridad. 2012..
13. República de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. Procedimiento de Bioseguridad. Elementos de Protección personal. [Online]. Bogotá; 2014 [cited 2015 Julio. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Transversal%201%20bioseguridad.pdf>.
14. Editorial Vértice. Limpieza hospitalaria, Málaga, España: Vertice; 2009.
15. Hospital de Bosa II Nivel E.S.E. Manual de bioseguridad. 2013.
16. República de Colombia; Ministerio de Salud; Ministerio del Medio Ambiente. Decreto 2676 de 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Decreto Ley. ; 2000.
17. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. Norma Técnica Colombiana GTC 24. Gestión Ambiental. Residuos sólidos. Guía para la separación en la fuente. Tercera ed. (ICONTEC) ICd-NTyC, editor. Bogotá; 2009.
18. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.; Concejo de Bogotá D.C. Proiyecto de Acuerdo No. 071 de 2010 D.C. SGdlAMdB, editor. Bogotá D. C.: Anales del Concejo; 2010.
19. República de Colombia; Ministerio de la Protección Social. Atención segura del Binomio Madre e Hijo. Paquetes instruccionales. Guía técnica para la seguridad del paciente en la atención de la salud E.S.E. RdsdC, editor. Bogotá; 2013.
20. Cordero A, José M. Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos. Test de Apgar. 8481745588th ed. Madrid: Elsevier; 2003.

21. Unidad Dermatológica de Fototerapia. Terapias. [Online].; sf [cited 2014 Septiembre 14. Available from: <http://piel-l.org/blog/wp-content/uploads//2013/11/final-UNIDAD-DERMATOLÓGICA-27-OCT-2013-ET-259.pdf>.
22. Aldrete JA. Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación post anestésica. Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24.
23. República de Colombia; Ministerio de la Protección Social. Resolución número 001817. 2009. Por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de-Seguridad Social en 5>.



CAPÍTULO 3

CONFORT E HIGIENE

*Actividad/Reposo
Seguridad/Protección
Confort*

La higiene hace referencia a los procesos fundamentales del cuidado enfermero, estos garantizan la seguridad de las personas y evitan la propagación de las infecciones asociadas a la atención en salud, consideradas como las principales causantes de las infecciones nosocomiales. Las medidas de confort, contribuyen en la disminución del dolor y participan en la recuperación y rehabilitación de la persona.

Según la clasificación NANDA el dominio 4, actividad y reposo, incluye la producción, conservación, gastos y equilibrio de los recursos energéticos, en su **clase 2, Mover partes del cuerpo (movilidad)**, trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.

El dominio 11 de Seguridad y Protección corresponde, a la “ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad” en casos adversos, este dominio está relacionado específicamente en su **clase 2, Lesión física:** Lesión o herida corporal.

El dominio 12 es el de confort, considerado como “Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social” que a su vez integra: confort físico, confort

ambiental y confort social. En este dominio la **Clase 2. Confort del entorno:** Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno, se relaciona con la organización de la unidad hospitalaria y los procedimientos correspondientes a la preparación de la cama cerrada, ocupada, abierta, de anestesia y de arco. Estas actividades que ejecuta la enfermera ayudan a satisfacer las necesidades de las personas a través de las acciones del cuidado y permiten proporcionarle comodidad y bienestar a la persona hospitalizada.

Continuando con el dominio 12 que hace referencia en su **Clase 1, al Confort físico:** Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor, integra los procedimientos básicos del cuidado de enfermería tales como baño en cama, baño en silla, higiene de genitales masculino y femenino e higiene del cabello, masajes y posiciones que puede adoptar la persona, para confort, comodidad y fines terapéuticos (27).

CONFORT

El confort puede estar dado por algún objeto físico (una cama, un colchón cómodo, un sillón) o por alguna circunstancia ambiental o abstracta (la temperatura apropiada, el silencio, la sensación de seguridad) (51).

UNIDAD HOSPITALARIA

DEFINICIÓN

Se conoce como unidad hospitalaria el área física equipada para brindar el cuidado a la persona y realizar los procedimientos necesarios para la recuperación y rehabilitación de la salud.

OBJETIVOS NOC

- Brindar un cuidado humanizado.
- Garantizar la seguridad y bienestar a la persona.
- Disminuir la frecuencia de eventos adversos.
- Estimular a la persona a asumir un papel activo en el cuidado de su salud.
- Identificar a las personas con riesgo de sufrir lesiones físicas.



RECOMENDACIONES

- Iniciar con el aseo de la unidad de acuerdo a protocolo de la institución
- Colocar la cama en forma horizontal
- Llevar los tendidos completos
- Evitar sacudir los tendidos
- Evitar el contacto de los tendidos con el uniforme
- Realizar el tendido de acuerdo al tipo de cama que se requiere
- Solicitar ayuda en caso necesario.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valorar:

- Condiciones de higiene y limpieza de la unidad del paciente.
- Elementos necesarios para brindar el cuidado de enfermería.
- Que la cama permita colocar a la persona en diferentes posiciones.
- Que las instalaciones locativas cumplan estándares de seguridad a la persona.
- Que el área física permita aislamiento y privacidad a la persona.
- Que el área física brinde iluminación y ventilación adecuadas.

Diagnósticos de Enfermería

- 00008 Termorregulación ineficaz R/C temperatura ambiental fluctuante M/P Aumento de la temperatura corporal por encima del rango norma.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura R/C ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el confort (27), (31), (32).

Planeación, NIC, Cama tipo hospital

- Colchón con protector plástico.
- Almohada.
- Funda para almohada.
- Sábanas.
- Cobija.
- Mesa tipo puente.
- Atril.
- Silla.
- Mesa de noche.
- Jarra y vaso.
- Utensilios de aseo de uso personal.
- Escalerilla.
- Tela encauchada (plástico).
- Pato u orinal en lo preferible personal.
- Riñonera.
- Ducha con agua tibia.
- Lavamanos con instalaciones para jabón desinfectante.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Instalaciones especiales

- Lámpara de pared.
- Línea de timbres.
- Toma para oxígeno.
- Toma para succión: aspirador de pared.
- Tensiómetro de mercurio de pared.



ARREGLO DE LA CAMA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL CUIDADO

Tender la cama hospitalaria de acuerdo a las necesidades de la persona y el cuidado a ofrecer. Esta actividad se lleva a cabo de acuerdo al Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, para brindar bienestar físico, mental y cuidado integral. De acuerdo a las necesidades de la persona el arreglo de la cama se divide en cama cerrada, cama ocupada, cama de anestesia y cama de arco.

CAMA CERRADA

DEFINICIÓN

Es la técnica de tendido de cama cuyas sábanas cubren completamente el colchón y se utiliza indicando la disponibilidad para recibir a una nueva persona.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar una cama cómoda y segura a la persona que ingrese.
- Brindar los elementos necesarios para confort de la persona.
- Evitar infecciones.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Desinfección de la cama.
- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Que las instalaciones de oxígeno y succión estén funcionando correctamente.
- Que las instalaciones eléctricas funcionen correctamente.
- Que los elementos para tender la cama estén completos y en el orden establecido.
- Existencia de tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Diagnósticos de Enfermería

- 00183 Disposición para mejorar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Guantes desechables.
- Sábana y sobresábana.
- Sabanita de movimiento.
- Tela encauchada (plástico).
- Cobija.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero.
- Bolsa plástica para la ropa sucia.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Ejecución NIC

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organizarlo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Organice las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a quien realiza el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del Cuidado
Disponga la sábana que cubre el colchón en el centro de la cama, cerciórese que cubra completamente el colchón e inicie el tendido por la cabecera introduciendo los bordes externos por debajo del colchón.	Facilita el procedimiento y evita la salida de la sábana en la cabecera de la persona.
Realice el ángulo y fíjelo (siempre que la sábana lo permita).	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Realice lo mismo en los pies de la cama haga el ángulo y fíjelo.	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Coloque la sobresábana centrada y proceda a tender de la parte media de la cama a la parte inferior, haciendo énfasis en introducir la sábana por debajo del colchón.	Evita que la sábana se salga y los pies queden al descubierto.
Realice el ángulo y fíjelo.	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Proceda a tender el lado contrario, conservando la misma técnica empleada (primero la sábana, luego la sobresábana).	Facilita un procedimiento organizado.
Coloque la funda a la almohada.	Ofrece comodidad al nuevo paciente.
Verifique la disponibilidad del oxígeno, y disponga del equipo de acuerdo a requerimientos de la persona.	Ofrece seguridad en la prestación del servicio.
Disponga de riñonera, pato, atril y tarros para el desecho de los residuos hospitalarios	Ofrece seguridad y comodidad al ingreso de la persona.
Deje la unidad en completo orden.	Ofrece comodidad al nuevo paciente.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.
Registre el procedimiento y observaciones en el plan de cuidados.	Permite verificar disponibilidad de la cama.

Evaluación

- Evalúe si la desinfección de la unidad de la persona fue realizada correctamente.
- Evalúe la organización de los tendidos.
- Evalúe la disponibilidad de los elementos necesarios para la hospitalización de la persona.

CAMA OCUPADA

DEFINICIÓN

Es aquella que está asignada a una persona durante su hospitalización. Se conocen dos tipos:

- Cama abierta ocupada (con persona dependiente).
- Cama abierta ocupada (con persona ambulatoria).

OBJETIVOS NOC

- Preparar la cama con los implementos necesarios de acuerdo a las necesidades de la persona.
- Proporcionar comodidad y seguridad a la persona que ingresa al ambiente hospitalario.
- Proporcionar una buena presentación del servicio.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado de salud de la persona hospitalizada según el grado de dependencia y colaboración para el procedimiento a realizar.
- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Que la unidad disponga de las instalaciones de oxígeno, succión y estén funcionando correctamente.



Diagnósticos de Enfermería

- 00091 Deterioro de la movilidad en la cama R/C fuerza muscular insuficiente M/P Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
- 00038 Riesgo de traumatismo R/C Camas altas.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios: Guantes desechables.

- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobija.
- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.
- Riñonera, pato, orinal.
- Protector de colchón.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Ejecución, NIC, procedimiento con la persona dependiente

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Informar a la persona hospitalizada el procedimiento a realizar.	Humaniza el cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Coloque barandas para el cuidado de niños y personas inconscientes.	Proporciona seguridad y evita eventos adversos.
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Agiliza la realización del procedimiento.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal y baje las barandas, si el estado de salud de la persona lo permite.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Coloque a la persona en decúbito lateral, y solicite ayuda si su condición de salud lo requiere.	Evita caídas de la persona y eventos adversos.
Asegúrese que la persona esté cómoda y segura en la nueva posición.	Ofrece seguridad en el procedimiento.
Empiece aflojando las sábanas desde la parte superior hasta la inferior del lado de inicio del procedimiento.	Evita esfuerzos innecesarios.
Inicie retirando los tendidos de cama desde la cabecera del lado libre, para lo cual enrolla las sábanas sobre sí mismas hasta la parte central del colchón.	Evita esfuerzos innecesarios.
Proceda a colocar la nueva sábana	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Permite aplicar la técnica.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento.	Evita sobreesfuerzos lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Coloque a la persona en el lado recién organizado.	Facilita el procedimiento.
Retire los tendidos sucios sin sacudir las sábanas y colóquelas en el compresero.	Evita la exposición a contraer infecciones a través de la vía respiratoria.
Organice los tendidos del lado contrario desde la cabecera hasta los pies.	Facilita el procedimiento.
Cerciórese de templar bien la sábana y sabanita de movimiento.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Coloque a la persona en posición decúbito dorsal y organice la almohada que llegue hasta la parte inferior de los hombros.	Ofrece comodidad a la persona.
Inicie el tendido de la sobresábana desde la parte inferior de la cama, cerciorándose de hacer un ángulo profundo en la parte inferior de la cama.	Evita que se destienda la sobresábana y los pies queden al descubierto.
Coloque a la persona en ligera posición de semifowler, suba la baranda (en caso de que exista) y asegúrese de dejarla cómoda.	Ofrece comodidad a la persona.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucionales.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Comodidad y seguridad de la persona durante el procedimiento.
- Organización de los tendidos.
- Respuesta de la persona durante el procedimiento.

Ejecución, NIC, procedimiento con la persona ambulatoria.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Informe a la persona hospitalizada el procedimiento a realizar.	Permite mayor colaboración y seguridad en la persona.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona su retiro de la cama para iniciar el tendido.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Empiece aflojando las sábanas desde la parte superior hasta la inferior del lado de inicio del procedimiento y continúe en el lado contrario.	Evita esfuerzos innecesarios.
Retire los tendidos de cama desde la cabecera, para lo cual enrolla las sábanas sobre sí mismas, sin sacudirlas mientras se retiran.	Evita esfuerzos innecesarios.
Proceda a colocar la nueva sábana	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la sobresábana desde la parte inferior de la cama, cerciorándose de hacer un ángulo profundo en la parte inferior de la cama.	Evita que se destienda la sobresábana y los pies queden al descubierto.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Ofrece comodidad a la persona.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Proceda a organizar los tendidos del lado contrario desde la cabecera hasta los pies.	Facilita el procedimiento.
Cerciórese de templar bien la sábana y sobresábana.	Ofrece comodidad a la persona.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Organización de los tendidos.
- Colaboración de la persona.

CAMA DE ANESTESIA

DEFINICIÓN

Es la técnica de tendidos de cama utilizados para brindar comodidad y confort a la persona sometidas a procedimientos quirúrgicos.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar un ambiente aséptico.
- Proporcionar termorregulación eficaz en el postoperatorio inmediato.
- Proporcionar comodidad y seguridad a la persona.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Zona operatoria con el fin ofrecer el cuidado respectivo.
- Disposición de cobijas que proporcionen la termorregulación ideal para la persona.
- Funcionamiento correcto de las instalaciones de oxígeno y succión.

Diagnósticos de Enfermería

- 00008 Termorregulación ineficaz R/C con temperatura ambiental fluctuante M/P Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios: Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobijas o cubre lecho.
- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Protector de colchón.
- Almohada.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.

- Riñonera, pato, orinal.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar la desinfección y que requieran ser esterilizados.	Evita accidentes.
Verifique la desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria.	Evita infecciones a la persona operada.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Cerciórese que el colchón esté cubierto con tela encauchada o plástico.	Evita humedad e infecciones.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal y a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento con hule protector e introduzca los extremos debajo del colchón.	Evita lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Tienda la sobresábana y la cobija sin hacer ángulo en los pies, doble los extremos de la parte superior hacia abajo y la parte inferior hacia arriba.	Facilita realizar el procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Doble el tendido en acordeón a lo largo, del lado contrario por donde se va a recibir a la persona.	Facilita el paso de la persona de la camilla a la cama.
Coloque una almohada en la cabecera y asegúrese que la cama tenga sus correspondientes barandas.	Evita caídas y eventos adversos prevenibles en personas bajo efectos de la anestesia.
Deje en la unidad de la persona los elementos necesarios para su atención tales como atril, aspirador, oxígeno, pato, riñonera y otros.	Proporciona comodidad y seguridad.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria, de acuerdo a protocolo de la institución.
- Buena disposición de la unidad y los tendidos de acuerdo a las necesidades de la persona operada.
- Que las cobijas proporcionen el calor necesario a la persona.
- Que la unidad de la persona disponga de los elementos necesarios, de acuerdo al proceso quirúrgico de la persona.

CAMA DE ARCO

DEFINICIÓN

Es la técnica que se utiliza para que el tendido de cama no entre en contacto con las áreas del cuerpo de las personas que presentan lesiones dérmicas, circulatorias o quemaduras.



OBJETIVOS NOC

- Evitar presiones o peso sobre áreas del cuerpo.
- Evitar infecciones.
- Facilitar algunos tratamientos.
- Proporcionar comodidad.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- La desinfección de los elementos de la cama de la unidad hospitalaria.
- Que la cama disponga de los elementos necesarios (Barandas, gradilla, atril, mesa para comer y demás elementos necesarios).
- Que las instalaciones de oxígeno y succión estén funcionando correctamente.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Factores mecánicos M/P Alteración de la superficie de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Cambios en la turgencia de la piel.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar la relajación (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobija.

- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Protector de colchón.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.
- Riñonera, pato, orinal.
- Arco o mesa comedor.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.

Ejecución procedimiento NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar la desinfección y que requieran ser esterilizados.	Evita accidentes.
Verifique la desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria.	Evita infecciones a la persona operada.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Cerciórese que el colchón esté cubierto con tela encauchada o plástico.	Evita infecciones y protege el colchón de la humedad.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal y a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento con hule protector e introduzca los extremos debajo del colchón.	Evita lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Coloque el arco metálico ya pre elaborado de manera que forme un puente sobre la zona afectada que se desee proteger.	Evita el roce de la piel lesionada con las sábanas.
Coloque encima la sobresábana y la cobija y cerciórese que el área afectada no entre en contacto con las prendas de vestir.	Evita pérdida de calor corporal por ausencia de abrigo.
Coloque la mesa comedor haciendo las veces de arco, en caso de no tener arcos.	Reemplaza el arco.
Tenga presente que para realizar el tendido de la cama se retira el arco; de igual forma para la realización de baño y alimentación de la persona.	Ofrece comodidad del procedimiento.
Deje en la unidad de la persona los elementos necesarios para su atención tales como atril, aspirador, oxígeno, pato, riñonera y otros.	Proporciona comodidad y seguridad.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria de acuerdo a protocolo de la institución.
- Disposición del arco o mesa comedor de acuerdo a las necesidades de la persona.

- Estabilidad del arco, debe quedar fijo a la cama.
- Que la unidad de la persona disponga de los elementos necesarios de acuerdo a los procedimientos.

HIGIENE

La higiene está vinculada a la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. En este caso, el concepto incluye los conocimientos y técnicas que deben ser aplicados para controlar los factores que pueden tener efectos nocivos sobre la salud (52).

BAÑO EN CAMA

DEFINICIÓN

Es el cuidado de enfermería que se realiza en el momento de brindar el confort a la persona, que por su estado de salud no puede hacerlo por sí misma. El baño corporal es una necesidad básica del ser humano, en el cual la enfermera tiene la preparación de proporcionarlo.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort, higiene y bienestar a la persona.
- Eliminar la suciedad de la piel producto de las secreciones corporales.
- Valorar el estado de la piel.
- Activar la circulación.

RECOMENDACIONES

- Realizar baño general cada 24 horas.
- Utilizar jabones neutros.
- Mantener la piel de la persona limpia y seca.
- Valorar el estado de la piel a diario, durante el baño y cambios de posición.
- Valorar estado de hidratación, eritemas, fragilidad capilar, color y lesiones de la piel.
- No aplicar sobre la piel alcohol o colonias después del baño (resea la piel).



- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismos.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Vigilar Incontinencias urinaria y fecal.
- Revisar sudoración excesiva y exudados que provoquen humedad.
- Evitar las lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los glúteos.
- Educar a la persona para que realice cambios de posición.
- Realizar cambios de posición cada 2 o 3 horas a personas dependientes.
- Usar cojines y almohadas para evitar la formación de zonas de presión.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado de dependencia.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.
- Tratamiento que recibe.

Valore el estado de dependencia mediante:

Tabla 2. Medición de la independencia funcional

Estado de dependencia	Puntuación	Evaluación de la dependencia
Independencia	7	Independencia completa.
	6	Independencia con adaptaciones.
Dependencia parcial	5	Supervisión.
	4	Mínima asistencia (el paciente realiza 75% de la actividad).
	3	Asistencia moderada (el paciente realiza 50% de la actividad).
Dependencia completa	2	Máxima asistencia (el paciente realiza 25% de la actividad).
	1	Asistencia total (paciente realiza menos del 25% de la actividad).

Fuente: Micheli, Federico y otros (2002). Tratado de neurología clínica (53).

Para valorar el estado de salud general revise:

- Temperatura.
- Presión arterial.
- Pulso.
- Respiración.
- Estado de higiene.
- Heridas.
- Estado de la piel.
- Capacidad motora.
- Tratamiento y medicamentos que recibe.

Para valorar el estado emocional y mental revise:

- Somnolencia.
- Estado de conciencia.
- Orientación.
- Juicio.
- Memoria.
- Pensamiento.

Diagnósticos de Enfermería

- 00090 Deterioro de la habilidad para la traslación R/C Fuerza muscular insuficiente. M/P Incapacidad para levantarse de la cama.
- 00155 Riesgo de caídas R/C Deterioro de la movilidad física.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el bienestar (27), (31), (32).

Planeación (NIC)

- Preparar los elementos necesarios:
- Una toalla grande.
- Jarra con agua a 37° de temperatura.
- Platón (para recoger el agua).

- Dos hules de plástico.
- Compresas.
- Jabón neutro.
- Peine; el cual debe ser individual por persona.
- Ropa limpia de la persona.
- Ropa limpia para la cama.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire
Aísle a la persona con cortina o biombo.	Proporciona intimidad a la persona.
Lávese las manos y colóquese bata y guantes.	Evita transmisión de microorganismos.
Desnude a la persona y cúbralo con las sábanas o una toalla.	Humaniza el Cuidado de Enfermería.
Realice el procedimiento cefalocaudal.	Permite un proceso sistemático.
Lave la cara con agua sola y empiece por los ojos.	Permite aplicar el principio cefalocaudal.
Destape solo zonas correspondientes al baño a realiza (cuello, hombros, axila, brazos y manos).	Facilita el procedimiento y proporciona intimidad.
Separe los brazos, enjabone tórax, axilas, brazos y manos (insistir en axilas y pliegues, sobre todo en los mamilarios). Aclarar y secar, sobre todo las zonas de los pliegues.	Proporciona intimidad a la persona.
Continúe con la higiene del abdomen, insistiendo en el área umbilical.	Da continuidad al procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Siga con la higiene de las extremidades inferiores, haciendo énfasis en las zonas interdigitales de los pies.	Proporciona higiene y comodidad.
Seque bien las zonas interdigitales.	Evita infecciones a la persona.
Coloque a la persona en posición decúbito lateral para proceder al aseo de la zona de la espalda y glúteos.	Proporciona comodidad y permite valorar el estado de la piel.
Realice masajes.	Activa la circulación y evita la formación de zonas de presión.
Continúe con la higiene de genitales de acuerdo a procedimiento descrito.	Permite aplicar la técnica en orden cefalo-caudal.
Deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad.	Aplica protocolo de bioseguridad y evita infecciones intrahospitalarias.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones como:
 - ▷ Lesiones en la piel.
 - ▷ Traumas.
 - ▷ Riesgos de caídas.
- Posición de la persona.
- Alteraciones de la temperatura corporal.
- Trastornos de autoestima.
- Intolerancia al procedimiento.
- Participación de la persona con el procedimiento.



BAÑO EN SILLA

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza a la persona que por su estado de salud no puede movilizar sus extremidades inferiores, permitiendo la participación activa en su propia higiene y bienestar.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort y comodidad.
- Lograr la participación activa de la persona en su propia higiene.
- Eliminar microorganismos de la piel.
- Facilitar la transpiración cutánea.
- Activar la circulación sanguínea.

RECOMENDACIONES

- Revisar las órdenes médicas y ver si hay contraindicaciones para movilizar a la persona.
- Trasladar a la persona en la silla hasta el baño con las medidas de seguridad necesarias.
- Evitar corrientes de aire y exposiciones innecesarias.
- Colocar el freno a la silla para evitar su desplazamiento y posibles accidentes.
- Nunca dejar a la persona sola durante el procedimiento.
- Proporcionar los elementos necesarios para realizar su higiene personal
- Suspender el procedimiento si la persona presenta alteraciones e informar lo observado.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Tratamiento que recibe.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.

- Capacidad motora de miembros superiores de la persona para su desplazamiento.

Diagnósticos de Enfermería

- 00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas R/C Falta de condición física M/P Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual en superficies regulares.
- 00155 Riesgo de caídas R/C Uso de silla de ruedas.
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado M/P Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Jabón líquido o en barra.
- Champú para el cabello.
- Cepillo de dientes.
- Crema dental.
- Vaso.
- Compresas o toallitas.
- Una toalla grande.
- Peine; el cual debe ser individual.
- Ropa limpia de la persona.
- Bolsa para la ropa sucia.

Ejecución (NIC)

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Ayude a la persona en silla de ruedas a ir al cuarto de baño.	Permite a la persona participar de su autocuidado.
Coloque el seguro a la silla de ruedas.	Proporciona seguridad.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplice las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire.
Ayude a la persona a desvestirse y cúbralo con una toalla.	Proporciona privacidad y humaniza el cuidado.
Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.	Proporciona comodidad y confort.
Deje al paciente que se bañe. Si es necesario, ayúdele a lavarse la espalda.	Fomenta el autocuidado.
Ayude a la persona a secarse y vestirse.	Proporciona confort y humaniza el cuidado.
Ayude a trasladar la persona a la cama.	Evita caídas y eventos adversos.
Ayude a la persona a finalizar su arreglo.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire la ropa sucia y colóquela en el lugar indicado.	Cumple con protocolo de bioseguridad.
Deje el sitio limpio y en orden.	Aplica normas de bioseguridad.
Lávese las manos.	Aplica protocolo de técnica aséptica.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Riesgo de caídas.
- Movilidad de la persona para su desplazamiento.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.
- Participación de la persona durante el procedimiento.

HIGIENE GENITAL MASCULINA

DEFINICIÓN

Procedimiento orientado a mantener la higiene del periné, escroto y pene como parte del aseo diario de la persona, permite dejar los genitales libres de gérmenes y hace parte del procedimiento del baño en cama. Tiene unas connotaciones especiales que se deben observar al realizarlo.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort y bienestar.
- Prevenir riesgo de infecciones urinarias.
- Identificar secreciones uretrales y sus características.
- Identificar anomalías en los genitales masculinos.

RECOMENDACIONES

- Verificar que la temperatura del agua sea de 36° C.
- Solicitar a la persona que orine o defeque en lo posible antes de iniciar el procedimiento.
- Verificar que la zona perineal y genital quede seca después del baño (la humedad ayuda a la proliferación de gérmenes).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración del baño de genitales masculinos

Valore:

- Higiene de los genitales.
- Secreciones uretrales y sus características.
- Integridad de la piel del pene y escroto.
 - ▷ Verrugas.
 - ▷ Condilomas.
- Enrojecimiento e Infecciones en genitales.
- Edemas e inflamación de los genitales.



- Molestias en la zona perianal.
- Necesidad de interconsulta médica.

Diagnósticos de Enfermería

- 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro músculo-esquelético. M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C Procedimiento quirúrgico.
- 00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria M/P Aporte de líquidos adecuado para satisfacer las necesidades diarias (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Jarra con agua tibia.
- Pato.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Gasas.
- Riñonera.
- Papel higiénico.
- Pañal desechable (adulto mayor).
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución, NIC, del baño de genitales masculinos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aislar a la persona cortina biombo.	Proporciona privacidad y evita corrientes de aire.
Coloque el pato.	Facilita el procedimiento y evita mojar la cama.
Deje descubierto los genitales cubriendo el resto del cuerpo.	Evita exposiciones innecesarias.
Vierta agua sobre los genitales	Facilita la limpieza genital.
Enjabone con jabón neutro los genitales externos (pene y testículos)	Evita irritaciones en la piel.
Enjuague con abundante agua los residuos del jabón.	Facilita terminar el procedimiento y evita resequedad de la mucosa genital.
Retire el pato y seque la región genital.	Evite que la zona quede húmeda.
Coloque el pañal, si fuere necesario.	Ofrece comodidad y confort a la persona.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones, dolor o problemas presentados durante el procedimiento.



- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento médico.

HIGIENE GENITAL FEMENINA

DEFINICIÓN

Procedimiento que tiene como propósito brindar higiene y confort de los genitales externos y región perineal a la mujer hospitalizada con el fin de evitar infecciones y eliminar olores desagradables. En presencia de secreciones abundantes y período menstrual, debe hacerse varias veces al día.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar higiene y confort.
- Prevenir el riesgo de infecciones urinarias.
- Identificar flujos vaginales y sus características.
- Identificar anomalías en los genitales femeninos.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración del baño de genitales femeninos

Valore:

- Higiene de genitales externos.
- Secreciones vaginales y sus características.
- Integridad de la piel.
 - ▷ Enrojecimiento.
 - ▷ Infecciones.
 - ▷ Inflamación o edemas.
 - ▷ Verrugas.
 - ▷ Condilomas.
- Molestias en la zona perineal.
- Necesidad de interconsulta médica.

Diagnósticos de Enfermería

- 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro músculo-esquelético. M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C Procedimiento quirúrgico.
- 00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria M/P Aporte de líquidos adecuado para satisfacer las necesidades diarias (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Jarra con agua tibia.
- Pato.
- Jabón neutro .
- Toalla.
- Toallas higiénicas (si fuere necesario).
- Gasas.
- Riñonera.
- Papel higiénico.
- Pañal desechable (adulto mayor).
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución, NIC, del baño de genitales femeninos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplice las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aislar a la persona cortina biombo.	Proporciona privacidad y evita corrientes de aire.
Coloque el pato.	Facilita el procedimiento y evita mojar la cama.
Deje descubierto los genitales cubriendo el resto del cuerpo.	Facilita el procedimiento y evita exposiciones innecesarias.
Vierta agua sobre los genitales.	Facilita la limpieza genital.
Coloque a la persona en posición ginecológica.	Facilita la aplicación de la técnica.
Enjabone y lave la zona genital en siguiente orden: pubis, zona interna de los muslos (maneje la técnica de lo limpio a lo sucio).	Permite la aplicación de protocolo.
Separe los labios mayores con la mano no dominante y con la otra limpie el lado izquierdo de arriba hacia abajo con una gasa impregnada con agua jabonosa y deseche la gasa (repita el procedimiento en el lado contrario).	Permite aplicar la técnica.
Continúe la limpieza de la parte central de los genitales de arriba hacia abajo utilizando una gasa con agua jabonosa (en caso necesario utilice otra gasa).	Permite aplicar la técnica.
Coloque especial atención a los pliegues que hay entre los labios menores y mayores.	Protege la aparición de infecciones.
Realice la limpieza de la zona perineal y el pliegue interglúteo.	Permite la continuidad de la higiene genital.
Enjuague con abundante agua.	Facilita terminar el procedimiento y evita resequedad de la mucosa genital.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire el pato y seque la región genital.	Evite que la zona quede húmeda.
Coloque toalla higiénica o pañal si fuere necesario.	Ofrece comodidad y confort a la persona.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y desecho de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones, dolor o problemas presentados durante el procedimiento.
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento médico.

HIGIENE Y CUIDADO DE LA BOCA A LA PERSONA INCONSCIENTE O PERSONAS CON ALTO GRADO DE DEPENDENCIA

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza a la persona inconsciente o alto grado de dependencia con el fin de prevenir infecciones y proporcionar bienestar y confort.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar comodidad, limpieza y confort de la cavidad oral.
- Mantener la mucosa hidratada y evitar sequedad oral.
- Prevenir infecciones.

- Evitar la halitosis.
- Eliminar gérmenes.
- Reducir la placa bacteriana.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración de la higiene y cuidado de la boca a la persona inconsciente

Valore:

- Estado de dependencia y necesidad de ayuda.
- Estado general de salud de la persona.
- Estado de conciencia de la persona.
 - ▷ Lucidez.
 - ▷ Somnolencia.
 - ▷ Obnubilación.
 - ▷ Sopor.
 - ▷ Coma.
- Producción de saliva.
- Cavidad oral:
 - ▷ Estado general de los dientes.
 - ▷ Presencia de caries.
 - ▷ Presencia de prótesis.
 - ▷ Enfermedades periodontales.
- Procedimientos quirúrgicos u odontológicos.

Diagnósticos de Enfermería

- 00045 Deterioro de la mucosa oral R/C traumatismo M/P Presencia de patógenos.
- 00040 Riesgo de síndrome de desuso R/C Alteración del nivel de conciencia
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Jarra con agua.
- Vaso desechable.
- Cepillo de dientes, de cerdas suaves.
- Gasas enrolladas en bajalenguas.
- Pasta dentífrica.
- Sonda de aspiración conectada al aspirador.
- Enjuague bucal.
- Toallas.
- Riñonera.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Coloque a la persona en posición de Fowler o con la cabeza girada hacia un lado, quitando previamente la almohada si su estado de salud lo permite.	Evita broncoaspiración.
Extienda la toalla de manera que le cubra hombros y tórax.	Evitar humedad innecesaria.
Coloque la riñonera debajo de la barbilla.	Ofrece comodidad durante el procedimiento.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Inspeccione la mucosa oral, labios, lengua y dientes.	Permite la valoración.
Utilice bajalenguas, para mantener abierta la boca de la persona si fuere necesario.	Mejor valoración de cavidad oral.
Si la persona tiene dientes naturales, realice el cepillado.	Asegura la limpieza bucal.
Realice el cepillado de los dientes con crema dental y movimientos suaves de arriba hacia abajo y viceversa.	Permite realizar la limpieza correctamente.
Irrigue con una jeringa la cavidad oral y al mismo tiempo aspire suavemente el agua.	Proporciona seguridad y evita broncoaspiración.
Repita el procedimiento, si fuere necesario.	Garantiza la limpieza.
Seque la zona peribucal e hidrate los labios si fuere necesario.	Mantiene hidratación en los labios.
Si la persona tiene prótesis, retírela y realice la limpieza.	Proporciona seguridad.
Con la ayuda de una gasa impregnada en solución antiséptica, limpie la mucosa de la mejilla, paladar, encías, base de la boca y lengua. Utilice una torunda diferente para cada área.	Previene infecciones.
Introduzca a la cavidad oral una jeringa con agua, al mismo tiempo extraiga el líquido con aspirador. Evite que la sonda del aspirador, tenga contacto con la mucosa.	Previene lesiones en la mucosa oral.
Seque la zona peribucal e hidrate los labios si fuere necesario.	Mantiene hidratación en los labios.
Deje cómodo y segura a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Evita infecciones intrahospitalarias y mayor confort a la persona y sanciones por desecho incorrecto del material.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Irritación de la mucosa oral.
- Tolerancia y reacción al procedimiento.
- Presencia de dolor.
- Problemas presentados durante el procedimiento.
- Cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.
- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones.
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento odontológico.

HIGIENE DEL CABELLO

DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la limpieza del cuero cabelludo y cabello a la persona en situación de dependencia.

OBJETIVOS NOC

- Ofrecer comodidad y confort.
- Remover la suciedad.
- Prevenir infecciones.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.
- Prevenir problemas como la pediculosis.
- Contribuir al buen aspecto personal.



PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Implantación capilar.
- Integridad del cuero cabelludo.
- Enrojecimiento.
- Masas.
- Características del cabello.
- Integridad.
- Sensibilidad.
- Estado de higiene capilar.
- Costras, caspa, pediculosis.

Diagnósticos de Enfermería

- 00214 Disconfort R/C Síntomas relacionados con la enfermedad M/P Expresa sentirse incómodo.
- 00004 Riesgo de infección R/C Enfermedad crónica.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Silla.
- Platón.
- Jarra con agua a 37° C de temperatura.
- Champú o Jabón líquido.
- Una toalla grande.

- Hule o plástico.
- Torundas de algodón.
- Balde.
- Peineta.
- Ropa limpia de la persona.
- Ropa limpia para la cama.
- Bolsa para ropa sucia.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del **procedimiento realizado**.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración, de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Retire previamente la almohada, si la salud de la persona lo permite.	Facilita el procedimiento.
Coloque a la persona en posición Roser (con la cabeza colgando).	Permite el buen drenaje del agua sucia.
Coloque el hule o plástico de manera que salga desde los hombros de la persona y caiga hasta el balde ubicado en el suelo.	Evita la humedad del colchón.
Proteja los oídos con torundas de algodón.	Evita entrada de agua al oído.
Vierta agua en el cabello	Facilita el procedimiento.
Aplique el champú o jabón líquido en toda la superficie capilar.	Remueve la suciedad.
Masajee suavemente el cuero cabelludo	Activa la circulación.
Vierta agua para retirar el champú, hasta que salga limpia.	Verifique la limpieza del agua y repita el procedimiento si fuera necesario.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire el hule o plástico y reemplácelo por la toalla, proceda a secar el cabello.	Verifique que el cabello no escurra agua.
Peine delicadamente el cabello y déjelo suelto.	Permite el secado rápidamente.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

- Evalúe:
- Limpieza del cabello y cuero cabelludo.
- Presencia de pediculosis (piojos, liendres).
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona con el procedimiento realizado.

MASAJES

DEFINICIÓN

El masaje es un procedimiento que ejecuta la enfermera con el fin de brindar bienestar, comodidad y confort. Evita el deterioro de la integridad cutánea de la persona, se considera terapéutico porque activa la circulación y previene la formación de coágulos.

TIPOS DE MASAJES

- **Masaje superficial:** Consiste en pasar suave y rítmicamente la palma de las manos sobre la piel.
- **Masaje profundo:** Se aplica mayor presión, equivalente a 10 mm de Hg, a fin de empujar la sangre venosa.
- **Amasamiento:** Consiste en tomar un músculo o varios músculos entre el pulgar y la eminencia tenar de los demás dedos.

- **Percusión:** Consiste dar una serie de golpes, breves y rápidos de intensidad mayor o menor que se pueden dar con el puño cerrado, con las palmas de las manos o con el dorso (54).

OBJETIVOS NOC

- Prevenir la formación de úlceras por presión.
- Activar la circulación sanguínea.
- Mantener la integridad cutánea.
- Producir relajación y bienestar.
- Evitar acumulación de líquidos en los tejidos y fibrosis muscular.

RECOMENDACIONES

Evite realizar el masaje en caso de:

- Terapia de anticoagulación.
- Estados febriles.
- Erupciones cutáneas o contusiones.
- Articulaciones inflamadas.
- Huesos con fracturas.
- Varices.
- Flebitis/Trombosis.
- Tumores.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

- Valoración.
- Valore:
- Higiene e integridad de la piel.
- Hidratación y erupciones cutáneas.
- Sensibilidad de la piel y presencia de tumores.
- Zonas de presión prolongadas.
- Circulación sanguínea, várices, flebitis/Trombosis.
- Termorregulación.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C deterioro de la circulación M/P alteración de la superficie de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Deterioro de la circulación.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar la relajación (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Bandeja.
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Crema humectante.
- Masajeado o vibrador para la piel.
- Toallas de papel.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplice las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aísle a la persona cortina biombo.	Ofrece privacidad y evita corrientes de aire.
Coloque a la persona en posición adecuada según el sitio en el que va a proporcionar el masaje. Ejemplo: si va a masajear la espalda, a la persona debe estar en posición decúbito ventral.	Facilita la realización del procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Lubrique las manos y frótelas entre sí con la crema humectante.	Proporciona confort y evita el impacto del frío al contacto con las manos.
Inicie el masaje suavemente deslizando la mano por la superficie de la piel.	Activa la circulación.
Realice el masaje de abajo hacia arriba en dirección de los vasos linfáticos y el retorno venoso. De los pies a las rodillas y de estas a las región inguinal; de la mano a la muñeca y de esta al codo, después a las axilas; en el tórax del esternón hacia arriba y afuera por debajo de las axilas.	Activa el retorno venoso y linfático.
Apoye la palma de la mano completamente sobre la superficie de la piel con una presión uniforme.	Facilita el procedimiento.
Repita el procedimiento, según necesidad.	Ofrece comodidad y confort.
Sitúe la palma de la mano sobre la región a friccionar con el pulgar opuesto a los demás dedos.	Activa la circulación.
Ejerza presión al inicio, aumente poco a poco y disminuya al pasar por las articulaciones y cerca de los ganglios linfáticos.	Evita daño en el sistema circulatorio y linfático.
Desplace las manos suavemente con movimientos lentos y rítmicos.	Evita causar dolor.
Deje a la persona en una posición cómoda y segura	Evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

NOTA: Los otros tipos de masajes por considerarse especializados deben ser realizados por fisioterapeutas.



Evaluación

Evalúe:

- Estado de la piel de la persona.
- Textura de la piel.
- Zonas de presión prolongadas.
- Cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.

POSICIONES QUE PUEDE ADOPTAR LA PERSONA

DEFINICIÓN

Procedimientos que permiten alinear el cuerpo para evitar contracturas, mejorar la respiración, disminuir los riesgos de daños tisulares, úlceras por presión también se utilizan en algunos casos, como en la atención del parto, toma de citología vaginal, aplicación de enemas, supositorios entre otros.

POSICIONES

1. Posición anatómica o normal de pie (bipedestación).
2. Posición sentada (sedestación).
3. Posición decúbito supino o dorsal.
4. Posición decúbito ventral o prona.
5. Posición decúbito lateral izquierda o derecha.
6. Posición de fowler y semifowler.
7. Posición de Sims o semiprona.
8. Posición ginecológica o de litotomía.
9. Trendelemburg, antitrendelemburg y posición de drenaje.
10. Posición de Roser o de Proetz.
11. Posición para realizar una punción lumbar.
12. Posición genupectoral.

OBJETIVOS (NOC)

- Proporcionar alineación corporal.
- Promover el funcionamiento normal de todas las partes del cuerpo.
- Evitar trastornos circulatorios y alteraciones en los tejidos.
- Facilitar el drenaje de secreciones.
- Preparar a la persona para la realizar exámenes específicos e intervenciones quirúrgicas.
- Evitar incapacidad y deterioro de las partes del cuerpo.
- Colocar a la persona en posición anatómica y confortable.

RECOMENDACIONES

- Las articulaciones se deben mantener en ligera flexión.
- Conservan la alineación corporal.
- Cambiar de posición a la persona cada dos horas mínima.
- Realizar ejercicios corporales a la persona diariamente.
- Sostener las articulaciones de la región cervical y de las extremidades al movilizar estas partes.
- Utilizar soportes y cojines cuando la persona permanezca en una posición por tiempo prolongado, dejando las articulaciones en ligera flexión.
- Utilizar sábana de movimiento para facilitar el procedimiento.
- Solicitar ayuda para movilizar a la persona cuando su estado o complejidad física lo requiera.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado neurológico de la persona.
- Estado de dependencia de la persona.
- Integridad y sensibilidad de la piel.
- Zonas de presión prolongadas.
- Circulación sanguínea.



Diagnósticos de Enfermería

- 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica R/C Procedimiento quirúrgico prolongado M/P deterioro de la movilidad.
- 00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C debilidad muscular.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Camas eléctricas o manuales.
- Sillas.
- Soportes.
- Almohadas y Cojines.
- Sábanas.
- Sabanita de movimiento.
- Toallas.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

POSICIÓN ANATÓMICA O NORMAL DE PIE (bipedestación)

Definición

En esta posición, el cuerpo humano debe estar de pie, con la cabeza y el cuello erectos, la mirada hacia el frente, los brazos extendidos y palmas de las manos hacia el frente a ambos lados del cuerpo, las piernas extendidas y ligeramente separadas, con los pies y los tobillos juntos (el eje vertical va de la cabeza a los pies, es un eje “céfalo-caudal”) (55).

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aíse a la persona con cortina o biombo.	Proporciona privacidad y evita eventos adversos.
Valore la capacidad de movilización y sostenimiento en pie de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Disponga de elementos de apoyo en caso necesario (bastón, caminador y otros).	Ofrece seguridad.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita la movilización.
Indique a la persona colocarse en posición decúbito lateral y apoyando la mano en la cama proceda a sentarse.	Prepara la movilización con seguridad.
Indique a la persona que respire lentamente y permanezca algunos minutos sentada.	Evita eventos adversos (mareos)
Observe tolerancia a la movilización.	Ofrece seguridad a la persona.
Indique a la persona que se coloque en bipedestación (de pie).	Facilita la movilización.
Verifique que la persona esté en posición erecta con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y las piernas ligeramente separadas.	Ofrece seguridad y evita eventos adversos.
Observe las facies y respuesta a la posición.	Permite valor cambios físicos en la persona.
Ayude a sentar a la persona, si no tolera la posición de pie.	Ofrece seguridad.
Indique a la persona que realice la deambulación iniciando con el pie dominante.	Permite coordinación de los movimientos.
Solicite que la deambulación se realice en forma lenta.	Evita eventos adversos (mareos).



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la movilización.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Indique deambulación progresiva.	Promueve la movilidad segura.
Deje a la persona sentada en una posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta a la deambulación.
- Respuesta al dolor físico.
- Sentimiento de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN SENTADA (sedestación)

Definición

En esta posición, los glúteos se apoyan sobre el asiento, la espalda queda recta sobre el espaldar de la silla, los muslos ligeramente separados, las rodillas flexionadas y los pies descansan cómodamente sobre el piso. Personas con movilidad limitada pueden apoyar los pies en una gradilla alternándolos para lograr mayor comodidad. Si la persona se sienta por primera vez, tenga en cuenta que debe hacerlo por pocos minutos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Valore la capacidad de movilización y sostenimiento en sedestación de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración.	Permite la participación de la persona en su autocuidado.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita lesiones osteo-musculares en el personal de enfermería.
Coloque la silla cerca de la cama.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita la movilización.
Indique a la persona colocarse en decúbito lateral y apoyando la mano en la cama proceda a sentarse.	Prepara la movilización con seguridad.
Observe tolerancia a la movilización.	Evita eventos adversos.
Indique a la persona que se coloque en sedestación (sentada)	Facilita la movilización.
Indique a la persona que respire lentamente y permanezca algunos minutos sentada.	Evita eventos adversos (mareos).
Solicite a la persona que se baje de la cama, se siente con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, con los muslos ligeramente separados.	Ofrece seguridad y confort a la persona.
Observe las facies y respuesta a la posición.	Permite valor cambios físicos en la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona sentada en una posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y desecho de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

- Evalúe el estado de dependencia de la persona.
- Evalúe la respuesta a la sedestación.
- Evalúe cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.
- Programe otras sesiones de movilización.

POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO O DORSAL

Definición

Esta posición se caracteriza por estar la persona completamente apoyada sobre la espalda, brazos extendidos a lo largo del cuerpo, piernas separadas, rodillas ligeramente flexionadas y los pies descansan cómodamente.

Indicaciones

- Posoperatorio inmediato.
- Personas con problemas neurológicos.
- Personas inconscientes.
- Realizar procedimientos de rutina o especiales.

Contraindicaciones

- Posición prolongada en:
 - ▷ Personas ancianas.
 - ▷ Personas con enfermedad pulmonar.
 - ▷ En personas con enfermedad de larga duración.

Ejecución NIC

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado neurológico de la persona y solicite su colaboración si fuere posible.	Evita eventos adversos (caídas).
Valore movilidad de la persona.	Permite la participación de la persona en su autocuidado.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque una almohada muy suave y pequeña debajo del cuello y hombros.	Evita el hiperextensión del cuello.
Coloque un pequeño cojín debajo de la curvatura lumbar	Mantiene la alineación de la columna.
Eleve el hueso poplíteo colocando una almohada debajo de la rodilla.	Ofrece comodidad
Eleve los talones sobre una almohada.	Evita zonas de presión y posteriores escaras.
Coloque una almohada pequeña entre los muslos.	Ofrece comodidad y evita zonas de presión.
Coloque, si es posible, zapatos tipo tenis durante todo el día.	Evita pie caído o pie péndulo.
Realice cada 2 horas cambios de posición y cuidados de piel (masajes) si es una persona dependiente.	Evita eventos adversos y garantiza la seguridad de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona sentada en una posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.



Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta al procedimiento.
- Respuesta al dolor físico.
- Sentimiento de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidad de cambios de posición y cuidados de piel.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN VENTRAL O PRONA

Definición

Esta posición se caracteriza porque la persona está acostada sobre el vientre, la cabeza de lado, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, piernas separadas y los pies descansan cómodamente a ambos lados.

Indicaciones

- Cirugías ano-rectales.
- Cambios de posición.
- Realizar procedimientos especiales.

Contraindicaciones

- Personas con dificultad respiratoria.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado respiratorio de la persona.	Evita eventos adversos.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Indique a la persona colocar la cabeza en la posición que le ofrezca comodidad.	Facilita la respiración.
Coloque un pequeño cojín debajo del vientre.	Ofrece comodidad.
Coloque los pies sobre una almohada pequeña	Facilita el retorno venoso y ofrece comodidad.
Realice cambios de posición y cuidados de piel (masajes) cada 2 horas, si la persona es dependiente.	Ofrece comodidad y evita zonas de presión.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta al procedimiento.



- Respuesta al dolor físico.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidad de cambios de posición y cuidados de piel.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL IZQUIERDA O DERECHA

Definición

En esta posición, la persona se encuentra apoyada sobre el costado derecho o izquierdo con la cabeza sobre la almohada. El brazo que queda en la parte inferior del cuerpo extendido con la palma de la mano hacia arriba. El brazo superior flexionado y apoyado sobre el cuerpo o sobre la cama o sobre una almohada con la palma de la mano hacia abajo. Las piernas ligeramente flexionadas, los pies en ángulo recto para evitar la flexión plantar. Se pueden utilizar almohadas y cojines para favorecer la alineación corporal.

Indicaciones

- Drenaje de secreciones bronquiales.
- Cambios de posición.
- Arreglo de la unidad del paciente.
- Higiene corporal y los cuidados de piel.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Solicite a la persona que se coloque sobre el lado derecho o izquierdo.	Facilita la adopción de la posición.
Coloque la cabeza sobre una almohada.	Ofrece comodidad.
Coloque el brazo de la parte inferior del cuerpo, extendido con la palma de la mano hacia arriba.	Brinda comodidad.
Coloque el brazo superior flexionado y apoyado sobre el cuerpo o sobre la cama o sobre una almohada con la palma de la mano hacia abajo.	Facilita la expansión torácica.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Brinda seguridad a la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.



POSICIÓN DE FOWLER Y SEMIFOWLER

Definición

En esta posición, la persona está cómodamente acostada, la cabecera de la cama elevada en ángulo de 45°, los muslos ligeramente separados, las rodillas flexionadas (apoyadas sobre una almohada), los pies descansan sobre el plano horizontal de la cama. Es una posición cómoda para la persona, si se utilizan almohadas para la cabeza, la curvatura lumbar, y la región poplíteica.

Otras variaciones de la posición

- **Fowler alta:** la cabecera de la cama forma un ángulo de 90°.
- **Semifowler:** la cabecera de la cama forma un ángulo de 30°.

Indicaciones

- Personas con problemas respiratorios y cardíacos.
- Para valoración de enfermería (cabeza, cuello y tórax).
- En las exploraciones de otorrino-laringología.
- Cambios posturales.
- Para facilitar la alimentación y lectura en la cama.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Eleve la cabecera de la cama formando un ángulo de 90° Fowler alta, 45° Fowler, y 30° semifowler.	Facilita la posición de acuerdo a la necesidad específica de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN DE SIMS O SEMIPRONA

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito lateral derecho o izquierdo, ligeramente a prono, el brazo que queda debajo del cuerpo se lleva hacia atrás en extensión y la palma de la mano hacia arriba, el otro se coloca en flexión con la palma de la mano hacia la almohada o colchón. La pierna en la que está apoyado el cuerpo queda en extensión, mientras que la otra queda en flexión apoyada sobre el lateral de tórax y la parte anterior de la cadera.

Indicaciones

- Facilita la eliminación de secreciones en personas inconscientes.
- Posición segura para transporte de personas accidentadas.
- Examen rectal.
- Administración de enemas evacuantes (posición de sims lado izquierdo).
- Administración medicamentos vía rectal (supositorio).
- Administración de medicamentos inyectables vía intramuscular.
- Colocación de sonda rectal
- Facilita la relajación muscular.
- Facilita la realización de masajes.
- Previene las úlceras por posición decúbito.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en decúbito lateral e indique los pasos a seguir.	Facilita la adopción de la posición.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo, en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN GINECOLÓGICA O DE LITOTOMÍA

Definición

En esta posición se encuentra la mujer en la mesa de examen físico en posición supina con la cabeza apoyada sobre una almohada, las piernas flexionadas sobre los estribos, dejando expuesta el área genital.

Indicaciones

Esta posición es utilizada en ginecología para:

- Toma de muestras vaginales: cultivos y citología vaginal.
- Atención del parto.
- Examen ginecológico y rectal.



- Paso de sonda vesical en la mujer.
- Inserción del dispositivo intrauterino, DIU.
- Higiene de genitales.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la mesa ginecológica en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en posición supina e indique que flexione las piernas para colocarlas sobre los estribos.	Facilita la adopción de la posición.
Coloque una almohada pequeña debajo de la cabeza.	Ofrece comodidad a la persona.
Cubra con una sábana abdomen y muslos.	Ofrece un cuidado humanizado.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Brinda seguridad a la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo emocional en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Conocimientos de la persona sobre su autocuidado.

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG Y ANTITRENDELEMBURG Y POSICIÓN DE DRENAJE

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito dorsal o supino sobre una cama inclinada entre 20° y 45°, respecto al plano del suelo, con la cabeza más abajo que la pelvis y las piernas elevadas.

Otras variaciones de la posición

- **Posición antitrendelemburg:** La cabeza de la persona queda más alta que los pies.
- **Posición de drenaje:** La cabeza de la persona queda más abajo que los pies en decúbito ventral o posición prona (boca abajo).

Indicaciones

- Mejora de la circulación cerebral sanguínea.
- Mejora la presión arterial (lipotimias).
- Ayuda al drenaje de secreciones bronquiales.
- Evita las cefaleas después de una punción lumbar.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos, si se sospecha trauma cráneo-encefálico TCE, sube la presión intracraneal.
- Infarto agudo de miocardio IAM, sube la frecuencia cardíaca.

- Problemas respiratorios (hace que el diafragma oprima los pulmones y dificulte la respiración).

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Solicite a la persona se coloque en posición decúbito dorsal o supino e indique los pasos a seguir.	Facilita la adopción de la posición.
Eleve la parte inferior de la cama de 20° a 45° y coloque almohadas en la cabecera y preferiblemente debajo de las rodillas.	Brinda seguridad y comodidad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
La permanencia en esta posición es de 10 a 15 minutos.	Facilita el retorno venoso y el drenaje de secreciones.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Terminado el procedimiento, deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Remisión de los síntomas (lipotimia, drenaje de secreciones).
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN DE ROSER O DE PROETZ

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito dorsal o supino con el cuello en hiperextensión y la cabeza cae por fuera de la cama.

Indicaciones

- Operación de las vías respiratorias.
- Intubación oro-endotraqueal.
- Reanimación cardio-respiratoria.
- Exploración de faringe.
- Cirugía de bocio.
- Aplicación de gotas nasales.
- Lavado del cabello a personas dependientes.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.	Facilita realizar el procedimiento y evita eventos adversos.
Solicite a la persona se coloque en decúbito dorsal o supino, puede ayudarse colocando una almohada debajo de los hombros.	Facilita la adopción de la posición.
Indique a la persona que coloque el cuello en hiperextensión con la cabeza colgando.	Permite la participación de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Terminado el procedimiento deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN PARA REALIZAR UNA PUNCIÓN LUMBAR

Definición

En esta posición, la persona se coloca en posición decúbito lateral izquierdo o derecho con la espalda arqueada, el cuello flexionado y las rodillas flexionadas de tal manera que éstas se encuentren lo más cerca posible de la barbilla, también puede colocarse en posición sedente (sentado) al borde de la camilla, con la cabeza flexionada, acercándola lo más posible, a las extremidades inferiores, para conseguir un arqueamiento de la espalda y así facilitar la visualización de los espacios intervertebrales.

Se debe prestar atención al estado de conciencia y a la ventilación del enfermo. Si la persona llegara a presentar mareos, cefalea intensa se procederá a la interrupción de la misma.

Indicaciones

- Anestesia raquídea.
- Toma de muestra de líquido cefalorraquídeo por punción.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado neurológico de la persona y solicite su colaboración, si fuere posible.	Evita eventos adversos (caídas).
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en decúbito lateral derecho o izquierdo o sentada.	Facilita la adopción de la posición.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Indique a la persona que coloque la espalda arqueada, realice la máxima flexión del cuello y apoye la cabeza en las rodillas en posición fetal.	Ofrece comodidad.
Verifique que la posición no dificulte la respiración de la persona.	Evita eventos adversos y ofrece seguridad al procedimiento.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
De apoyo emocional durante el procedimiento.	Brinda un cuidado humanizado.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Recomiende al paciente conservar reposos durante dos horas.	Previene la cefalea y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Tenga presente el reporte de resultados de laboratorio	Permite confirmar o descartar la impresión diagnóstica.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Temor de la persona.
- Signos y síntomas posteriores al examen.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN GENUPECTORAL

Definición

En esta posición, la persona se encuentra de rodillas, los muslos verticales, el abdomen elevado, la cabeza y la parte superior del tórax descansan en la cama y las manos se cruzan por encima de la cabeza.

Indicaciones

- Exploración sigmoidoscópica.
- Examen rectal.
- Curaciones ano-rectal.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se desvista de la cintura para abajo.	
Indique a la persona que se coloque de rodillas, eleve el abdomen y apoye la cabeza en la cama con las manos entrelazadas sobre la parte posterior de la cabeza.	Facilita la adopción de la posición.
Verifique que la cara quede vuelta hacia uno de los lados.	Facilita la respiración.
Apoye a la persona en la adopción de la posición.	Ofrece comodidad y seguridad al procedimiento.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
De apoyo emocional durante el procedimiento.	Brinda un cuidado humanizado.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite verificar y registrar el procedimiento realizado.

Evaluación

- Evalúe la colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Evalúe cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.



Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2012-2014.: Elsevier; 2012.
2. Definición.de. Definición de Confort. [Online].; sf [cited 2016 Septiembre 21. Available from: <http://definicion.de/confort/>.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012 - 2014 Barcelona: Elsevier; 2012.
4. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017 Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
5. Definición.de. Definición de higiene. [Online].; sf [cited 2016 septiembre 21. Available from: <http://definicion.de/higiene/>.
6. Micheli F, Nogués MA, Asconapé JJ, Pardal F, María M, Biller J. Tratado de Neurología Clínica. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2002.
7. E.S.E. Hospital Regional de Duitama. Protocolos de Enfermería prevención de escaras o úlceras por presión decúbito. 2012. http://hrd.gov.co/GUIAS_HRD_2012/PROTOCOLOS/ASISTENCIALES/UROLOGIA/PREVENCI%D3N_DE_ESCARAS_O_%DALCERAS_POR_DEC%DABITO.swf.
8. Gary A. Thibodeau KTP. Estructura y función del cuerpo humano. 13th ed. España: Elsevier; 2008.



ACERCA DE LOS AUTORES

Lida Guerrero Arango

Licenciada en Enfermería, especialidad Enfermera obstetriz, Maestría en Enfermería materno-infantil y Administración de Salud, Universidad del Valle. Experiencia en métodos de planificación familiar en el Metropolitan Hospital Center, International Training Institute for Maternal and Child Health and Family Planning, New York Medical College - Department of Obstetrics and Gynecology.

Docente en el proceso de enseñanza aprendizaje en asignaturas materno-infantil y administración de servicios de salud, Universidad del Valle y Universidad Santiago de Cali. Asesora Organización Panamericana de la Salud, OPS, para un programa de licenciatura –Universidad de Guanajuato. Profesional universitario en el área materno-infantil, Ministerio de Salud Pública de Colombia, Minsalud. Coordinadora área Materno-infantil, Hospital Universitario del Valle. Coordinadora de programas de métodos de planificación familiar, Profamilia, Cali.

De gran compromiso con los procesos de cuidado en la enseñanza y aprendizaje en el binomio madre-hijo.

Luz Mary Gallego Cortés

Enfermera, egresada de la Universidad del Valle. Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Libre Seccional Cali, Especialista en Epidemiología del Instituto de Ciencias de la Salud, CES y Universidad Libre de Cali. En el 2006 se titula como Magíster en EDUCACIÓN: Desarrollo Humano de la Universidad de San Buenaventura Cali.

Docente del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, desde el año 2000. Par Académico de la Red Colombiana de Semilleros de Investigación, Nodo Valle del Cauca, desde el 2010. Profesora de Seminario de Investigación y Asesora en Trabajo de Grado de la Universidad Santiago de Cali.

Zaider Gloria Triviño Vargas

Enfermera Magíster en Salud Pública, Especialista en gestión de Servicios de Salud, Doctora en Enfermería.

Experiencia en el proceso de enseñanza aprendizaje en asignaturas de Aspectos Conceptuales y Filosóficos del Cuidado de Enfermería, Promoción de la Salud, metodología de investigación y desarrollo de proyectos de investigación.

Miembro del grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, clasificado en Colciencias como grupo A.

De gran compromiso en la práctica del cuidado humano y el fortalecimiento docencia servicio.



PARES EVALUADORES

Jorge Eduardo Moncayo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

Universidad Antonio Nariño

Marco Alexis Salcedo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Universidad Nacional de Colombia, Sede Palmira

Marco Antonio Chaves García 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7226-4767>

Fundación Universitaria María Cano - Sede Medellín

Carolina Sandoval Cuellar 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Universidad de Boyaca

Alexander López Orozco 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0068-6252>

Universidad de San Buenaventura Cali.

Clara Viviana Banguero 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4518-6799>

Universidad Libre

Clara Mercedes Blanco Ospina 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8640-8175>

Unicatólica

Claudia Ximena Campo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5352-3065>

Universidad del Cauca

Ana Isabel García Muñoz 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4455-4534>

Centro de investigación de la Cultura física (CICFI), de la Escuela
Militar de Cadetes General José María Córdova.

Maury Almanza Iglesia 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar de Barranquilla

Alexander Luna Nieto 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Fundación Universitaria de Popayán

David Leonardo Quitián Roldán 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2099-886X>

Uniminuto, Villavicencio

Jairo Vladimir Llano Franco 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4018-5412>

Universidad Libre de Colombia Seccional Cali

Nelson Contreras Coronel 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8225>

Universidad Tecnológica de Pereira

Hoover Albeiro Valencia Sanchez 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9193-2089>

Universidad Tecnológica de Pereira

Ricardo Antonio Torres Palma 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-9849>

Universidad de Antioquia, Medellín

El presente texto aspira contribuir en la formación académica y disciplinar de los estudiantes de Enfermería que se encuentren en su proceso de aprendizaje. También servirá de apoyo a enfermeras/os en la construcción e implementación del diagnóstico enfermero como herramienta fundamental del método científico que facilite la gestión y administración de los cuidados en su práctica diaria, contribuyendo en la ejecución del Proceso del Cuidado Enfermero, PCE, acorde a las necesidades del paciente y sus prioridades de intervención.

Las autoras presentan, en sus diferentes capítulos, contenidos temáticos desarrollados desde la evidencia científica de sus conocimientos, integrándolos con los diferentes diagnósticos de Enfermería que de acuerdo a las taxonomías NANDA, NOC y NIC se deben abordar en la práctica profesional. Es pertinente señalar que fue Vera Fry la enfermera estadounidense, quien en 1953 habla por primera vez del diagnóstico enfermero, integrándolo a su quehacer del cuidado con la utilización de las etapas de valoración, planeación, ejecución y evaluación.

