



 **ALUMNI EDITORA**
2025

PRIMERA EDICIÓN



GUÍA TÉCNICA DE ENFERMERÍA PARA HOSPITAL GENERAL


TOMO I


Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I

Autores

Instituto Médico de Especialidades MEDIBARRA


- Hospital General

 <https://orcid.org/0009-0005-1508-7991>

 tthhime@gmail.com

Doris Benítez Grijalva


- Gerente General Instituto Médico Especialidades

 <https://orcid.org/0009-0000-1934-4047>

 gerencia@imehospital.com

Luis Arturo Herrera León

- Médico Intensivista

 <https://orcid.org/0000-0003-2605-638X>


 mdlherrera@gnail.com


Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I

Autores

Carlos Andrés Quingla Garrido


- Ingeniero en Mantenimiento Automotriz
- Magíster en Seguridad y Prevención de Riesgos laborales

 <https://orcid.org/0000-0002-8793-5364>

 carlos47quingla@gmail.com

Valeria Abigail Jurado Torres

- Licenciada en Enfermería
- Magister en Gestión del cuidado en mención en emergencias y cuidados críticos

 <https://orcid.org/0009-0001-2475-1365>

 enfermeras@imehospital.com

Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I

Catalogación Bibliográfica

Autores	<ul style="list-style-type: none">• Instituto médico de especialidades MEDIBARRA• Doris Benítez Grijalva• Luis Arturo Herrera León• Carlos Andrés Quingla Garrido• Valeria Abigail Jurado Torres
Título	Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I
Descriptor	Enfermería, Atención hospitalaria, Cuidados de salud, Procedimientos clínicos, Protocolos médicos
Dewey	610.736
Thema	MQCA
Publicación	Marzo 2025
Edición	Primera
ISBN	978-9942-7372-1-2
DOI	https://doi.org/10.70625/alumned/14
Editorial	Alumni Editora
Pais - Ciudad	Ecuador - Atuntaqui
Formato	Adobe Acrobat Reader
Páginas	151

Cámara Ecuatoriana del Libro



Todo el contenido de este libro tiene una licencia de Creative Commons Attribution License.

Reconocimiento-No Comercial-No Derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.

Guía técnica de enfermería para hospital general tomo I

Editor en Jefe

Santiago Andrés Otero, PhD., Alumni Editora, Ecuador

Equipo Editorial

- Óscar Gómez Jiménez, PhD., Universidad Internacional de Valencia (VIU), España
- Shashi Kant Gupta, PhD., Eudoxia Research University, Estados Unidos
- Anabell Fondón Ludeña, PhD., Universidad Rey Juan Carlos, España
- Edwin Ricardo Flores Hernández, PhD., Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, El Salvador
- Gopi Devarajan, PhD., SRM Institute of Science and Technology, India
- Flérida Moreno Alcaraz, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- J. Suresh Kumar, PhD., St. Joseph University, India
- Mauricio Lima Narváez, PhD., Universidad Técnica del Norte, Ecuador
- Héctor Luis López López, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- Samuel Helena Tumbula, PhD., Universidad Católica de Angola, Angola
- Carlos Bolivar Sarmiento Chugcho, PhD., Universidad Técnica de Machala, Ecuador
- Savier Fernando Acosta Faneite, PhD., Universidad del Zulia, Venezuela
- Mirian Alexandra Valeriano Meneses, PhD., Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero, Ecuador
- Sivabalan Settu, PhD., CSE SoCI Vignan University Guntur, India
- Lorena Elizabeth Casanova Imbaquingo, MSc., Instituto Universitario Cotacachi, Ecuador
- Gladys Magdalena Paredes, MSc., Ministerio de Educación, Ecuador
- Henri Emmanuel López Gómez, MSc., Universidad Peruana Los Andes, Perú



El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.



Revisión de Pares

Este libro ha sido evaluado mediante un proceso de revisión por pares externos bajo el formato de doble ciego. En consecuencia, la investigación presentada en esta obra cuenta con el respaldo de expertos en la materia, quienes han emitido un juicio imparcial basado en criterios científicos, garantizando así la solidez académica del contenido.

Peer Review

This book has undergone a peer review process by external academics using a double-blind system. Consequently, the research presented in this work has the endorsement of subject matter experts, who have provided an impartial assessment based on scientific criteria, ensuring the academic rigor of the content.



Declaración del Editor

Alumni Editora declara para todos los efectos legales, que:

Esta publicación implica únicamente una cesión temporal de los derechos de autor y de publicación, sin que ello constituya responsabilidad solidaria en la creación de los manuscritos publicados en conformidad con la Ley de Propiedad Intelectual y las normativas legales aplicables.

Autoriza y fomenta que los autores firmen acuerdos con repositorios institucionales con el fin exclusivo de difundir la obra, siempre que se reconozca adecuadamente la autoría y la edición, y que no existan fines comerciales involucrados.

Todos los libros electrónicos publicados son de acceso abierto y, por lo tanto, no se venden en el sitio web de Alumni Editora, ni en plataformas asociadas, de comercio electrónico u otros medios virtuales o físicos, eximiéndose de la transferencia de derechos de autor a los autores.

Todos los miembros del consejo editorial cuentan con el grado académico de cuarto nivel y están vinculados a instituciones de educación superior, conforme a las recomendaciones de las entidades de evaluación académica nacionales e internacionales para la obtención de estándares de calidad editorial.

Alumni Editora no transfiere, comercializa, ni autoriza el uso de los nombres, correos electrónicos u otros datos personales de los autores para fines distintos a la difusión de esta obra.

Declaración del Autor

El autor de la obra declara: 1. no poseer ningún interés comercial que pueda representar un conflicto de interés en relación con el presente documento publicado; 2. Asegura haber participado activamente en la elaboración del manuscrito, específicamente en la concepción del estudio, la obtención de datos y/o su análisis e interpretación; la redacción o revisión del documento para garantizar su relevancia intelectual y la aprobación final del manuscrito antes de su envío; 3. Certifica que el contenido publicado está libre de datos o resultados fraudulentos; 4. Confirma que todas las citas y referencias de datos e interpretaciones de investigaciones previas son correctas; 5. Reconoce haber declarado todas las fuentes de financiamiento recibidas para la investigación; 6. Autoriza la publicación de la obra, que incluye su inclusión en catálogos, asignación de ISBN, DOI, otros índices, diseño visual, portada, maquetación interior, y su posterior difusión según lo dispuesto por Alumni Editora.

Prólogo

La atención médica va más allá de la aplicación de tratamientos o procedimientos técnicos. Su verdadera esencia está en el cuidado integral del paciente, lo que implica no solo garantizar su bienestar básico, sino también prevenir complicaciones que pueden surgir durante su hospitalización, como las úlceras por presión o las caídas. Con este enfoque, el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra ha desarrollado una guía que busca unificar los protocolos de enfermería y mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Este documento destaca por su visión integral de la práctica clínica. No se limita a detallar los procedimientos, sino que también explica el propósito de cada acción dentro del contexto hospitalario. Un ejemplo de esto es el aseo corporal, que no se plantea solo como una tarea de rutina, sino como un proceso que, además de contribuir a la higiene del paciente, protege su dignidad y reduce el riesgo de infecciones (Aldaz, 2023). De igual manera, se abordan aspectos como la movilización segura y el manejo de sondas vesicales, resaltando tanto la importancia de aplicar la técnica adecuada como la necesidad de que el personal de salud cuide su propia postura y bienestar para evitar lesiones.

El material también incluye herramientas esenciales, como la escala de Morse para evaluar el riesgo de caídas y diferentes posiciones terapéuticas diseñadas para prevenir úlceras por presión. Estas estrategias no solo optimizan el trabajo del personal sanitario, sino que también fomentan un ambiente más seguro para los pacientes, basándose en evidencia científica y buenas prácticas.

Además, este documento no está pensado únicamente para profesionales con experiencia, sino que también resulta accesible para estudiantes y personal en formación. Su estructura clara y su lenguaje sencillo facilitan el aprendizaje de procedimientos esenciales, proporcionando una base sólida para su correcta aplicación en la práctica clínica. Como afirmó Dorothea Orem en su teoría del autocuidado: “El cuidado no es solo un acto técnico, sino un acto de humanidad”. Esta idea se refleja en cada apartado del documento, reafirmando la importancia de una atención médica que priorice tanto la seguridad del paciente como la excelencia en la práctica de enfermería.

Los Autores

Tabla de contenido

Resumen	9
Palabras Clave	11
Capítulo I: Canalización de vía periférica	12
Introducción	13
Justificación	14
Objetivos	15
Responsable.....	15
Frecuencia	15
Alcance	16
Definiciones.....	16
Modo Operativo.....	17
Catéter Venoso Periférico.....	17
Consideraciones	18
Indicaciones.....	19
Venas frecuentes para la canalización (anexo 2)	20
Equipamiento necesario.....	20
Descripción Del Procedimiento	21
Anexos	26
Bibliografía	30
Capítulo II: Protocolo manejo de líquidos y electrolitos	31
Introducción	32
Justificación	33
Objetivos	33
Responsable.....	34
Frecuencia	34
Alcance	34
Definiciones.....	34
Modo Operativo.....	35
Descripción del Procedimiento	35
Equipamiento Necesario	35
Anexos	40

Bibliografía	41
Capítulo III: Higiene y confort en el paciente	43
Introducción	44
Justificación	44
Objetivos	45
Responsable.....	46
Frecuencia	46
Alcance	46
Definiciones.....	46
Modo Operativo.....	47
Tipos de Higiene.....	49
Descripción del Procedimiento	53
Aseo de Genitales y Periné	54
Anexos	57
Bibliografía	60
Capítulo IV: Protocolo de prevención de caídas.....	61
Introducción.....	62
Justificación	62
Objetivos.....	63
Responsable.....	64
Frecuencia	64
Alcance	64
Definiciones.....	64
Modo Operativo.....	65
Generalidades.....	66
Factores de Riesgos	67
Perfil del Paciente con Riesgo de Caídas	68
Descripción del Procedimiento	69
Valoración Del Riesgo De Caídas	69
Escala De Valoración Morse	70
Unidades Pediátricas.....	71
Estrategias	72
Protocolo estándar del paciente de bajo (verde) y mediano riesgo (amarillo) ...	73
Actuación del responsable de la evaluación y seguimiento.....	75

Control del Cumplimiento	76
Anexos	77
Bibliografía	81
Capítulo V: Manejo y prevención de úlceras por presión.....	82
Introducción.....	83
Justificación	83
Objetivos.....	84
Responsable.....	84
Frecuencia	85
Alcance	85
Definiciones.....	85
Modo Operativo.....	86
Síntomas	86
Sitios Comunes de las Úlceras por Presión.....	88
Causas.....	88
Factores de Riesgo.....	89
Complicaciones	89
Equipamiento Necesario	91
Descripción Del Procedimiento	91
Condicionantes para la efectividad de los cambios posturales	95
Posiciones Terapéuticas	95
Anexos	98
Bibliografía	99
Capítulo VI: Sondaje vesical.....	100
Introducción.....	101
Justificación	101
Objetivos.....	102
Responsable.....	103
Frecuencia	103
Alcance	103
Definiciones.....	103
Modo Operativo.....	105
Anexos	113
Bibliografía	116

Capítulo VII: Movilización/transporte de paciente.....	117
Introducción.....	118
Justificación	118
Objetivos.....	119
Responsable.....	119
Frecuencia	120
Alcance	120
Definiciones.....	120
Modo Operativo.....	121
Prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad	121
Promoción de la recuperación postquirúrgica o postraumática	122
Pautas generales para realizar movilizaciones y transferencias	123
Descripción del procedimiento	124
Bibliografía	134
Capítulo VIII: Transporte de material estéril.....	135
Introducción.....	136
Justificación	136
Objetivos.....	137
Responsable.....	138
Frecuencia	138
Alcance	138
Definiciones.....	138
Modo Operativo.....	139
Procedimiento de despacho	140
Descripción del procedimiento	142
Anexos	144
Bibliografía	145

Resumen

El documento elaborado por el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra es una guía detallada destinada a médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares, con el propósito de estandarizar procedimientos clave en la atención sanitaria. Abarca aspectos fundamentales como la higiene y el confort del paciente, prevención de caídas, movilización segura, colocación de sondas vesicales, manejo de líquidos y electrolitos, transporte de material estéril y canalización de vías periféricas. A través de protocolos bien definidos y anexos complementarios, se busca fortalecer una cultura de seguridad que contribuya a mejorar la calidad de atención.

Uno de los primeros temas abordados es la higiene y el bienestar del paciente. Se detallan los pasos para realizar un aseo corporal adecuado, desde el lavado del cabello hasta el cuidado de las uñas, empleando materiales como agua tibia (alrededor de 106 °F), jabón tradicional o sin enjuague, y toallas limpias. También se enfatiza la importancia de preservar la privacidad del paciente durante el procedimiento, utilizando cortinas o cerrando puertas. Además de mejorar la comodidad del paciente, estos cuidados reducen el riesgo de infecciones relacionadas con la inmovilidad prolongada (Aldaz, 2023).

Otro aspecto clave es la prevención de caídas, una problemática común en los hospitales. Para ello, se emplea la escala de Morse, que permite evaluar el riesgo considerando factores como la movilidad del paciente, el uso de dispositivos de apoyo (bastón, andador) y su estado mental. Si un paciente sobreestima su capacidad física, recibe una puntuación mayor, aumentando su nivel de riesgo. El protocolo establece medidas específicas para pacientes de bajo, medio y alto riesgo, además de resaltar la importancia de la educación tanto para el paciente como para sus familiares.

La movilización segura es otro punto esencial, ya que ayuda a prevenir lesiones tanto en pacientes como en el personal sanitario. Se explican técnicas específicas, como girar a un paciente de decúbito supino a lateral, flexionando su rodilla contraria y sujetándose del borde de la cama para facilitar el movimiento. En caso de que el paciente requiera asistencia, se recomienda que el personal realice el procedimiento con movimientos coordinados y sin sacudidas bruscas, manteniendo una postura adecuada para evitar lesiones en la espalda.

En cuanto al sondaje vesical, el documento describe detalladamente el procedimiento, desde la preparación del equipo hasta la inserción de la sonda Foley. Se recalca la necesidad de emplear una técnica aséptica y de informar al paciente sobre los cuidados posteriores. Además, se mencionan contraindicaciones como infecciones

agudas en la próstata o uretra, así como alergias a los materiales de la sonda. Un punto clave es la importancia de mantener el circuito cerrado para reducir el riesgo de infecciones y cambiar la fijación de la sonda cada 24 horas.

El manejo de líquidos y electrolitos también es un aspecto crítico para evitar errores médicos graves. Se establecen directrices claras sobre etiquetado, almacenamiento y administración de estos compuestos para garantizar la seguridad del paciente. Según Martín Moré (2019), "la trazabilidad del material estéril durante el transporte es esencial para prevenir complicaciones". Este principio se refuerza en el apartado sobre el transporte de material estéril, donde se explican las condiciones adecuadas de temperatura, humedad y manipulación.

Por último, el documento aborda la canalización de vías periféricas, un procedimiento técnico que requiere precisión y cuidado. Se explican los pasos para la inserción de catéteres, desde la selección del calibre adecuado hasta la desinfección del área y la fijación del dispositivo. Además, se destaca la necesidad de vigilar posibles signos de infección o inflamación en la zona de punción y de informar al paciente sobre los cuidados necesarios.

En conclusión, este documento no solo busca unificar procedimientos, sino también fomentar una cultura de seguridad en la atención médica. Los anexos incluyen diagramas, escalas de valoración y guías detalladas que facilitan su aplicación en la práctica diaria. A través de estas pautas, el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra busca optimizar la calidad de la atención y reducir los riesgos asociados a la práctica clínica. Esta guía representa una herramienta útil tanto para estudiantes como para profesionales de la salud que desean reforzar sus conocimientos y habilidades en el ámbito hospitalario

Palabras Clave

- Higiene y confort
- Prevención de caídas
- Movilización segura
- Sondaje vesical
- Líquidos y electrolitos
- Material estéril
- Úlceras por presión
- Cultura de seguridad
- Autocuidado
- Protocolos médicos

CAPÍTULO I

Canalización de vía periférica



Introducción

Los lineamientos de seguridad del paciente - usuario en la atención en salud, son necesarios para gestionar un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad alineados con estándares internacionales, que incorporan, como pieza clave, los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, orientados a generar y optimizar sus procesos de atención. Es por ello que la seguridad del paciente se toma como prioridad en los procesos, siendo la base de la atención sanitaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios (Abadal & Malta, 2020).

La canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa, ya sea periférica o central, que se ha convertido en una rutina cotidiana y ha dejado de ser un recurso excepcional complicado, reservado a casos críticos. Sin embargo, el acceso venoso periférico en la administración de fármacos y soluciones puede provocar complicaciones, como hematomas o tromboflebitis. Incluso no siendo complicaciones graves, pueden ser molestas para el paciente. No siempre pueden evitarse estas complicaciones, pero una técnica correcta, unos niveles de higiene apropiados y un buen conocimiento del equipo que se utiliza pueden reducir su aparición y gravedad, es importante protocolizar los cuidados para unificarlos, prever las complicaciones y evaluar determinadas acciones (Chumapi, 2022).

La canalización de vías periféricas y las extracciones de gases arteriales son unas de las técnicas más practicadas por los profesionales de enfermería, son técnicas que consumen tiempo, requieren práctica y generan dolor; por lo cual es fundamental generar protocolos para mantener un correcto manejo y control del proceso en sí. El uso de la vía venosa periférica con catéter se ha generalizado en la asistencia sanitaria hospitalaria hasta el punto de que casi la totalidad de pacientes son portadores de uno o más catéteres venosos (Corso & Flores, 2014).

La canalización venosa difícil y los intentos repetidos de punción son incómodos e incluso traumáticos para los pacientes, frustrantes y desafiantes para los profesionales de la salud, la imposibilidad de la canalización periférica venosa puede llevar a mayor número de punciones o al mayor uso de catéteres centrales y canalización arterial que llevaría a un aumento del riesgo de lesión para el paciente, mayor probabilidad de infección y mayor gasto sanitario.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) implementa estrategias para la seguridad del paciente, con los objetivos de propósito de coordinar difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente. Alrededor de 1 de cada 10 pacientes que reciben atención en salud, les ocurre al menos un efecto adverso, datos del 2012 muestra que el 70% de pacientes requiere un catéter intravenoso periférico.

Una de las claves de la prevención de complicaciones por inserción de accesos venosos, es elegir el material teniendo en cuenta la situación de salud del paciente, incluyendo condiciones tales como deshidratación, obesidad, diabetes, enfermedades pulmonares cardíacas; oncológicas, renales y venas escleróticas, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud la flebitis es considerada como un evento adverso dentro de los cuidados de enfermería en pacientes con vía periférica, ya que representa un 43,5% de casos, ocupando un segundo lugar en los tres últimos años, por lo que se considera una problemática en el área de salud (Reeves, 2022).

La instalación de un catéter venoso periférico implica tener conocimiento sobre la zona de punción, el tipo de catéter a utilizar de acuerdo a la valoración del paciente, así como conocer las características del medicamento a infundir, entre otros, un cuidado inadecuado del mismo, conllevaría a una complicación muy habitual denominada flebitis, considerada como indicador de calidad de la atención, relacionada directamente con la atención de enfermería. La colocación de catéteres debe ser manejada con cuidados particulares en determinados grupos de pacientes, como recién nacidos, pediátricos y adultos mayores (Rodríguez, 2022).

Además de ser el método más utilizado para obtener un acceso vascular y que conlleva a un importante sistema de cuidados especiales por parte del personal de enfermería. Este procedimiento consiste en la inserción de un tubo delgado de plástico, hueco y flexible, de longitud inferior a 3 pulgadas (7,62 cm), en un ángulo de 15°, en una vena periférica, usualmente del miembro superior (lo más habitual, en la vena metacarpiana de la mano y cefálica o basilica del antebrazo); que por lo general son usados para la administración de líquidos y fármacos intravenosos, aunque también, en ocasiones, la cateterización venosa es aprovechada para la extracción de sangre. Su inserción supone el procedimiento invasivo más frecuentemente realizado en pacientes hospitalizados (Siccha, 2020).

Por lo tanto, el presente protocolo de canalización de vía periférica se desarrolla para estandarizar las acciones que se van a realizar para la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso periférico, e incorporar evidencia científica de calidad.

La seguridad del paciente como prioridad en los procesos es la base de la atención sanitaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios, utilizando una técnica idónea en la instauración de una vía venosa periférica resulta de especial relevancia para la seguridad del paciente, evitar posibles complicaciones y disminuir los costes derivados de aumento de estancias en la hospitalización.

El uso de la vía venosa periférica con catéter se ha generalizado en la asistencia sanitaria hospitalaria hasta el punto de que un importante porcentaje de pacientes ingresados en el Instituto Médico de Especialidades Medibarra son portadores de uno o más catéteres venosos, considerado como procedimiento invasivo a través del cual se administran medicamentos endovenosos en beneficio de la salud del paciente.

Objetivos

Objetivo General

Mejorar la calidad de cuidados de enfermería que se proporciona a los pacientes dotando a los profesionales de enfermería una guía de estrategias para la canalización y mantenimiento de una vía venosa periférica, unificando los criterios de actuación.

Objetivos Específicos

- Elaborar y difundir un protocolo de canalización de vía periférica.
- Elaborar y ejecutar lineamientos generales para la supervisión del cumplimiento de la correcta canalización de vía periférica.
- Socializar el protocolo en el Instituto Médico de Especialidades Medibarra para todo el personal operativo.
- Elaborar informes de las evaluaciones realizadas en esta Institución sobre el procedimiento de la canalización de vía periférica.

Responsable

- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería (asistencia en procedimiento)

Frecuencia

Siempre que se realice el procedimiento en las diferentes áreas del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Este protocolo está dirigido a los profesionales de salud sean estos enfermeras y médicos, de la Institución, con lo cual se pretende fomentar una cultura de seguridad para la atención del paciente mediante directrices de una correcta canalización de vía periférica.

Los profesionales que laboren en la institución deberán dar cumplimiento estricto al presente documento.

Definiciones

- **ACV:** accidente cerebro vascular.
- **Catéter:** tubo, generalmente largo, delgado y flexible, de diferentes materiales (goma, plástico, metal.), que se usa en medicina y cirugía con finalidad terapéutica o diagnóstica; se introduce en un conducto, vaso sanguíneo, órgano o cavidad para explorarlo, ensancharlo, desobstruirlo, evacuarlo o inyectarle un líquido.
- **Vena:** vaso sanguíneo, especialmente el que conduce la sangre de los capilares en dirección al corazón.
- **Perfusión:** introducción lenta y continua de una sustancia medicamentosa o de sangre en un organismo u órgano por vía intravenosa, subcutánea o rectal.
- **Edema:** presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.
- **Flebitis:** inflamación de las venas que suele ir acompañada de la formación de coágulos de sangre en su interior.
- **Higiene de manos:** cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos –fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón-, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.
- **Fluidos corporales:** cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo: Excreciones: orina, heces, vómito, meconio, loquios.

Modo Operativo

Catéter Venoso Periférico

La bioseguridad es un compromiso, ya que ha sido creada con la finalidad de reducir los riesgos que pongan en peligro la salud o incluso la vida del individuo, familia y comunidad. En el área de salud, es donde las normas de bioseguridad se convierten en una doctrina de comportamiento, que contribuye a lograr actividades y conductas que van a disminuir los riesgos del trabajador de salud, y a la vez va a permitir que estos cumplan prácticas favorables para mantener el control epidemiológico de pacientes infectados y así evitar que las enfermedades continúen diseminándose (Rodríguez, 2022).

Es conveniente considerar que el equipo de salud tiene una gran responsabilidad, específicamente el personal de Enfermería, ya que dentro de sus patrones de trabajo está la función asistencial, que incluye la atención directa al paciente, y entre los objetivos principales está el controlar y prevenir las infecciones hospitalarias, bien sea en los pacientes internos o al trabajador de salud, por lo que es uno de los deberes utilizar técnicas que resguarden su propia vida y la de sus pacientes, para cumplir todo ello, hay que hacer énfasis en el empleo y práctica de normas de Bioseguridad.

La canalización venosa periférica corresponde a la serie de actividades que el profesional de enfermería realiza bajo prescripción médica, en las cuales la/el enfermera(o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para canalizar una vía al paciente; de igual manera es un procedimiento invasivo que consiste en insertar a través de la piel un catéter corto dentro de una vena periférica para la administración de medicamentos con osmolaridad y pH dentro de los límites fisiológicos y de corta duración, directamente al torrente sanguíneo (Beltriz, Fernández, & Carmen, 2022).

El catéter es una sonda o un tubo plástico corto y pequeño, que se coloca a través de la piel dentro de una vena, es un dispositivo compuesto por un catéter de teflón que en su interior tiene una aguja con la punta biselada para la perforación pared de la vena a través de la piel. En la parte posterior del catéter se encuentra un cono plástico donde se conectará la perfusión para la administración de los líquidos. En la zona posterior de la aguja se encuentra una cámara transparente que indicará si hemos canalizado la vena por reflujo, además está estructurado de manera que no se vierta la sangre una vez esté llena dicha cámara transparente (Chumapi, 2022).

La elección del catéter se hará con una previa valoración de la zona de punción seleccionada. La relación entre el tamaño de la vena y el de la cánula es importante respecto al proceso de formación de los trombos. Una cánula pequeña permite una circulación de sangre óptima a su alrededor, propiciando la hemodilución de los fluidos y fármacos administrados. Una buena hemodilución reduce el efecto nocivo de las soluciones a las paredes de las venas. de igual forma, se minimizan el grado de irritación mecánica y del trauma de punción con el uso de un catéter de pequeño calibre (Abadal & Malta, 2020).

Un catéter grueso puede reducir el flujo de sangre a través de la vena, retardando la dilución del fluido que se administra. El catéter nunca debe de ocultar totalmente la luz de la vena. Debe tenerse en cuenta tanto el tamaño de la cánula que se precisa como el tamaño y estado de las venas. Una cánula de calibre grueso requiere una vena con una amplia luz.

Los calibres suelen medirse en Gauges (G) cuyo valor es inversamente equivalente al grosor de la aguja y a su longitud, es decir, cuanto más grande es el número, más pequeño es el tamaño del catéter. Los tamaños van del 14 G al 26 G (anexo 1). Una buena información sobre los niveles del flujo facilita la elección del catéter. Para una infusión endovenosa que precisa administrar fluidos entre 1 y 3 litros diarios, es suficiente una cánula relativamente fina 22 G o 20 G (Beltriz, Fernández, & Carmen, 2022).

Consideraciones

Es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos del uso que se le dará a la venopunción periférica porque de ello va a depender la elección del sitio de inserción, el calibre del catéter a elegir y si es posible la calidad del mismo, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Preferiblemente en extremidades superiores, evitando zonas de flexión.
- No canalizar venas varicosas, trombosadas, ni utilizadas previamente.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.
- Tener en cuenta la actividad del paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona menos afectada.
- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar; quimioterapia, concentrados de hematíes, entre otros, necesitan venas fuertes.

- Tener en cuenta la probable duración del tratamiento intravenoso: tratamientos largos requieren venas fuertes, rotación de los puntos de inserción desde las zonas distales a las proximales.
- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar, en el miembro sin flebitis, en segundo lugar, en una zona más próxima a la línea media del cuerpo que la flebitis
- Si se prevén procedimientos utilizaremos el brazo contrario a la zona de la que va a ser intervenido.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar.
- Tener en cuenta en procesos previos: arteriovenosa, por quemaduras, por la implantación de marcapasos, etc., emplear la extremidad contraria no afectada por A.C.V., por una fístula.
- Elección del miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.
- Niveles altos de flujo requieren venas de amplio calibre.
- Al perfundir soluciones irritantes (hipertónica, bicarbonatos, antiarrítmicos o hemoderivados se requiere un adecuado flujo sanguíneo que posibilite una rápida hemodilución para evitar la irritación del endotelio venoso, por lo que el catéter no puede ocupar totalmente la luz de la vena y el paso de un flujo suficiente de sangre.
- Debe optarse siempre por el catéter más corto y de menor calibre, que oferte las prestaciones requeridas (Macoño, 2023).

Indicaciones

- Reposición de volumen.
- Reposición de electrolitos.
- Administración de fármacos.
- Transfusión de hemoderivados.
- Mantenimiento de una vía en caso de emergencia.
- Nutrición parenteral.
- Quimioterapia.
- Procedimientos anestésicos.

Venas frecuentes para la canalización (anexo 2)

En antebrazo:

- Vena cefálica
- Vena basílica
- Vena radial
- Vena cubital
- Vena mediana lateral
- Vena mediana medial

En brazo:

- Vena cefálica accesoria
- Vena media
- Vena mediana antebraquial

En mano:

- Vena Radial
- Vena cubital
- Red venosa dorsal de la mano

Equipamiento necesario

Materiales para canalización de vía periférica - adulto

- Charol de procedimientos
- Torniquete
- Antiséptico
- Guantes de manejo
- Algodón / alcohol pad
- Apósito transparente – tegaderm vía adulto
- Catéter venoso de calibre adecuado
- Llave de tres vías
- Solución fisiológica
- Equipo de venoclisis / equipo de bomba
- Esparadrapos

Materiales para canalización de vía periférica – pediátrico

- Charol de procedimientos
- Torniquete
- Antiséptico
- Guantes de manejo
- Algodón / alcohol pad
- Apósito transparente – tegaderm vía pediátrico
- Catéter venoso de calibre adecuado
- Llave de tres vías
- Solución fisiológica
- Equipo de venoclisis / equipo de bomba
- Esparadrapos
- Férula maleable
- Venda autoadhesiva

Equipos adicionales

- Venógrafo
- Fuente de luz

Descripción Del Procedimiento

Tabla 1. Procedimiento antes del procedimiento de venopunción

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
1. Explicar el procedimiento al paciente	Es necesario identificar el paciente correcto y su indicación respectiva, ya que en el
2. Verificar indicación médica: antes de iniciar la canalización de vía venosa periférica, la enfermera verifica primero la indicación médica en la historia clínica.	desempeño del profesional de enfermería se da cumplimiento a la indicación médica, éstas comprenden decisiones terapéuticas las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y firmadas por el médico tratante, y que deben ser acatadas por la enfermera, y aunque éste profesional cumple una indicación médica, le es inherente la responsabilidad individual. Además, en la historia clínica se identifica si el paciente es o no alérgico al medicamento.

<p>3. Preparación del equipo intravenoso: extraer los tubos del paquete y estirarlos, dejar los extremos de los tubos cerrados con las tapas de plástico hasta que se vaya a iniciar la perfusión.</p>	<p>Esto mantendrá la esterilidad de los extremos de los tubos.</p>
<p>4. Conectar el equipo según la secuencia e indicaciones del mismo. Ajustar el pie de suero de forma que el contenedor quede suspendido como a un metro por encima de la cabeza del cliente.</p>	<p>Para instalarlas correctamente y no tener imprevistos durante el procedimiento. Para que el contenido ingrese continuamente por gravedad, cuando se inicie la perfusión.</p>
<p>5. Llenar parcialmente la cámara de goteo con solución presionando la cámara con suavidad hasta que esté medio llena – purgar el equipo ya sea de venoclisis o de bomba</p>	<p>Para medir la administración de fluidos mediante el número de gotas por minuto. El ingreso de aire a la sangre provoca daño</p>
<p>6. Permeabilizar la llave de triple vía, y los tubos retirando la tapa protectora y dejar que corra fluido por los tubos hasta que desaparezcan las burbujas de aire.</p>	<p>agregado al paciente.</p>
<p>7. Volver a tapar el tubo, manteniendo la técnica estéril.</p>	
<p>8. Lavado de manos y colocación de guantes: el lavado clínico de las manos realizarlo según la técnica detallada (anexo 3). Secar con toalla de papel</p>	<p>El correcto lavado de manos disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos al organismo. La solución hidroalcohólica tiene una actividad antimicrobiana que desnaturaliza las proteínas de los microorganismos.</p>
<p>desechable y cerrar el grifo usando el papel toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo. Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.</p>	
<p>9. Colocarse los guantes de manejo. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos.</p>	<p>Los guantes evitan el ingreso de microorganismos en la piel ya que es un procedimiento invasivo.</p>

<p>10. Selección y dilatación venosa: Ya que se debe ir dejando las venas de mayor calibre para situaciones de urgencia y volúmenes de perfusión mayores.</p> <p>priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo.</p>	<p>Ya que son zonas de mayor movimiento y como consecuencia hay salida del catéter.</p>
<p>Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.</p>	<p>Así mismo evitar el nervio radial ya que podría inmovilizar parte del brazo y ocasionaría mucho dolor.</p>
<p>No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.</p>	<p>Porque el acceso a dichas venas será más difícil, además ocasionaríamos mayor daño a la integridad de la vena.</p>
<p>No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías).</p>	<p>Ya que la zona es más susceptible a lesión química al reingreso del medicamento.</p>
<p>11. Aplicar un torniquete firmemente de 15 a 20 cm por encima del punto de punción venosa.</p>	<p>Para que las venas se llenen de sangre y aumenten de calibre. Para no ocluir el flujo arterial (Siccha, 2020).</p>
<p>El torniquete no debe estar muy tenso.</p>	

Tabla 2. Procedimiento durante el procedimiento de venopunción

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>12. Limpieza y desinfección en el punto de inserción: limpiar el punto de entrada con una torunda antiséptica tópica (p.ej. alcohol).</p> <p>Utilizar un movimiento circular desde adentro hacia fuera, varios centímetros. No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección.</p>	<p>El alcohol es una sustancia antimicrobiana que reducirá la posibilidad de infección durante la penetración de la aguja en la piel.</p> <p>Para alejar los microorganismos del punto de entrada en la piel.</p>
<p>13. Inserción del catéter e inicio de perfusión: utilizar un pulgar por debajo del punto de entrada para tensar la piel.</p> <p>Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30°</p>	<p>Esto estabiliza la vena y tensa la piel para la entrada del catéter.</p> <p>Permite tener fácil ingreso a la vena.</p>

(dependiendo de la profundidad de la vena).	Se disminuye el ángulo para seguir el carril de la vena.
Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo.	
Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre.	Para asegurarnos que catéter ingresó a la vena.
14. Retirar el torniquete	Para que no haya excesiva presión de sangre en el catéter
Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.	Para insertar bien la cánula dentro de la vena.
15. Luego desechar la aguja guía del catéter en el contenedor rígido para agujas.	Para evitar accidentes de punciones en la enfermera, paciente u otro personal.
16. Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres vías previamente permeabilizado y verificado.	Para asegurar que el equipo de canalización sea un circuito cerrado y listo para la infusión indicada (Siccha, 2020).

Tabla 3. Procedimiento después del procedimiento de venopunción

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
17. Fijación del catéter: fijar la cánula a la piel con un adhesivo o con un apósito especial – tegaderm vía, dependiendo del caso también se emplea esparadrapo.	Para fijar el catéter a la piel y evitar que sobresalga la cánula y se contamine.
Además, es fundamental anotar la fecha, responsable y número de catéter de la canalización sobre el apósito adhesivo.	Para que la conexión sea más rígida, evitar aberturas y contaminación de contenido.
18. Descarte de materiales contaminados: recoger el material sobrante y desecharlos según corresponda.	Ya que las medidas de bioseguridad norman que luego de un procedimiento se clasifique los desechos para evitar futuros accidentes en los trabajadores de limpieza.
	Se debe a que los guantes pueden tener perforaciones que pueden ser visibles o no, y

-
19. Desechar los guantes, realizar el lavado de manos antiséptico que pueden permitir la entrada de bacterias y otros microorganismos patógenos (Siccha, 2020).
-

Respecto a la técnica

- La técnica debe ser ordenada y aséptica siempre que sea posible.
- El dispositivo venoso no debe interferir en el mantenimiento de los pulsos, y no debe prolongar el éxtasis venoso más de dos minutos.
- No reinserte la aguja en el interior del catéter para intentar volver a canalizar, ya que podría cortar parte del teflón.
- Recuerde la importancia de realizar una buena fijación de la vía venosa, así como de comprobar en todo momento la permeabilidad y no extravasación de esta (Beltriz, Fernández, & Carmen, 2022).

Respecto a la elección y localización venosa

Dependerá de la patología y gravedad del paciente. Por este motivo, aunque la recomendación general es seleccionar las vías más distales, en situaciones de emergencia, se opta por aquella vía que sea posible.

Las vías periféricas más frecuentes son:

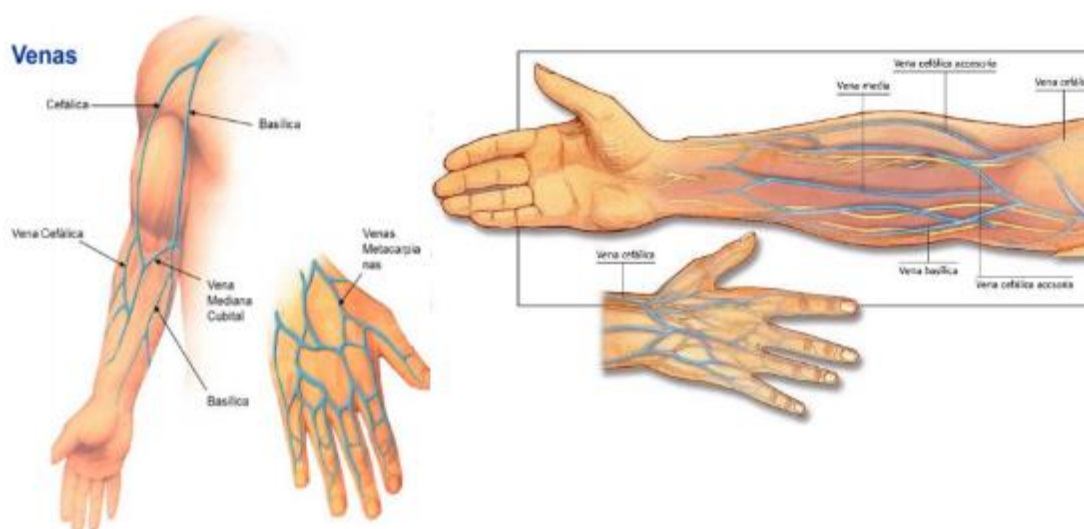
- Dorso de la mano: digitales, metacarpianas, basílica y cefálica.
- Antebrazo: radial y cubital.
- Brazo: cefálica, basílica y mediana cubital.
- Cuello: yugular externa.
- Pierna: safena (en niños de 1 a 3 años. No recomendada en adultos por formación de trombos y/o flebitis).

Anexos

Anexo 1: Clasificación de calibres de accesos venosos periféricos



Anexo 2: Anatomía para accesos venosos



¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



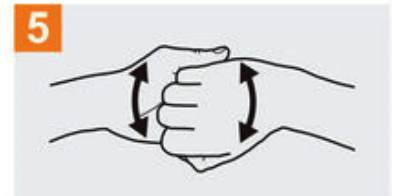
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



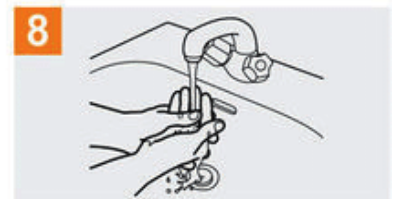
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



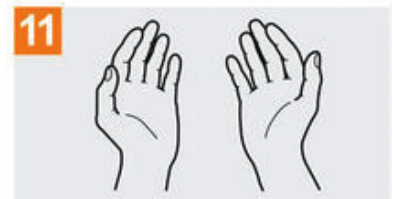
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Anexo 4: Materiales para canalización de vía periférica



Anexo 5: Procedimiento – canalización de vía periférica



Anexo 6: fijación de catéter periférico



Bibliografía

- Abadal, H., & Malta, F. (2020). *Canalización de vía venosa periférica. Programa de prácticas de simulación ii. Procedimientos de enfermería.* . Capitulo 6.: 69.
- Beltriz, A., Fernández, M., & Carmen, M. (2022). Cuidados y mantenimiento de accesos venosos periféricos. bloque 3. inserción, cuidados y mantenimiento de dispositivos, 22. 306-322.
- Chumapi, C. (2022). Intervención educativa para la prevención de complicaciones de accesos venosos periféricos. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 131-150.
- Corso, S., & Flores, F. (2014). *Cuidados de enfermería sobre acceso venoso periférico.* Obtenido de Mendoza, Argentina.: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10195/corso-silvia.pdf.
- Macoño, C. (2023). Desempeño en el cuidado directo de la paciente con tratamiento citostático por vía periférica, en el Hospital Oncológico de Santa Cruz de la Sierra. *Revista Ciencia y Cultura*, 19-23.
- Reeves, C. (2022). Conocimientos, actitudes y prácticas de bioseguridad en la canalización de vía endovenosa periférica por enfermeros de áreas críticas del Hospital Regional Hermilio Valdizán. *Huánuco*.
- Rodríguez, M. (2022). Factores de riesgo de dificultad en la canalización venosa periférica en atención hospitalaria. *Estudio caso-control multicéntrico*.
- Siccha, F. (2020). Conocimiento y cuidado de enfermería en la canalización venosa periférica y su relación con presencia de flebitis en niños hospitalizados. *Trujillo*.

CAPÍTULO II

Protocolo manejo de líquidos y electrolitos



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera de alto riesgo los medicamentos y las preparaciones que contengan los siguientes concentrados de electrolitos: Sodio hipertónico, cloruro de potasio, sulfato de magnesio, calcio gluconato y bicarbonato de sodio.

En el año 2013 entre el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Acreditación Canadá, dentro de los objetivos a alcanzar se encuentran las Prácticas Organizacionales Requeridas, con un cumplimiento del 100% y una de ellas es implementar el “Control de electrolitos concentrados” o “Manejo de líquidos y Electrolitos”, fundamental para garantizar la calidad asistencial y evitar errores que puedan dañar o incluso hacer peligrar la vida del paciente (Soto, 2019).

El cloruro de potasio concentrado ha sido identificado como un medicamento de alto riesgo por organizaciones de Australia, Canadá y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (RU). En los Estados Unidos de América, se denunciaron diez muertes de pacientes por administración incorrecta de solución de cloruro de potasio (KCl) concentrado ante la Comisión Conjunta en tan sólo los dos primeros años de su programa de denuncia de eventos centinela (Barbagelata, 2020).

En Canadá, ocurrieron 23 incidentes relacionados con la administración incorrecta de KCl. También existen denuncias de muerte accidental por administración involuntaria de solución salina concentrada. Con fecha 14 de noviembre de 2016, mediante acuerdo ministerial Nro. 00000115 se emite el Manual de Seguridad del Paciente / Usuario de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (Barbagelata, 2020).

Los Profesionales del Instituto Médico de Especialidades asumen responsablemente la elaboración del “Protocolo de Manejo de Líquidos y Electrolitos”; considerando de acuerdo la literatura se debe llevar de manera controlada y con seguridad de los líquidos y los electrolitos, debido a que puede darse una administración errónea de los mismos; la administración de estos medicamentos pueden resultar fatal si se lo realiza sin diluir correctamente o se confunden con otros fármacos; por lo que se ha planteado el manejo sobre el procedimiento del Control de electrolitos concentrados para evitar el riesgo de que se presente eventos adversos de cualquier tipo.

Justificación

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, define los estándares de calidad, a ser aplicados en forma obligatoria, para mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en los establecimientos de salud a nivel nacional. Bajo estas pautas se desarrolla la Norma Técnica de “Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, misma que pretende estandarizar lineamientos técnicos para la Seguridad del Paciente, basados en la evidencia científica útil con la finalidad de minimizar el riesgo en los pacientes de eventos adversos en el proceso de atención de salud (Soto, 2019).

El contenido de protocolo de “Manejo de líquidos y electrolitos” contribuirá a la prestación de servicios de salud, bajo estándares de calidad que permite disminuir la morbi-mortalidad que deriva de la ocurrencia de los eventos adversos.

La Seguridad del Paciente constituye una prioridad en la atención en salud, los incidentes y eventos ponen en alerta al personal de salud sobre la existencia de una atención insegura, por tanto, los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad (Barbagelata, 2020).

El presente protocolo está dirigida a todos los profesionales que brindan atención al paciente y/o usuario, como: médicos, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, técnicos o tecnólogos de enfermería.

Objetivos

Objetivo General

Implementar el Protocolo para la seguridad en el manejo de líquidos y electrolitos de alto riesgo, según la normativa, en las diferentes áreas del Instituto Médico de Especialidades para dar seguridad al paciente y reducir el riesgo de errores en la administración.

Objetivos Específicos

- Utilizar de manera controlada los electrolitos concentrados, en los servicios del Instituto Médico de Especialidades.
- Implementar el sistema de monitoreo sobre el resguardo, etiquetado y clasificado de los electrolitos concentrados.
- Establecer lineamientos para el correcto manejo interno de estas soluciones concentradas de electrolitos.

Responsable

Licenciadas en enfermería

Frecuencia

Cada vez que se maneje, almacene y administre electrolitos en las áreas de atención del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Esta normativa está aplicada en forma obligatoria en todas las áreas que se encuentren medicamentos de este tipo que sean manejos por el personal médico, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería y farmacia del Instituto Médico de Especialidades.

Definiciones

Electrolito Concentrado: Son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica. Los electrolitos afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre (el pH), la actividad muscular y otros procesos importantes.

Mala utilización de electrolitos concentración: Pueden ocurrir errores de consecuencias mortales debido a la administración accidental de los electrolitos por vía intravenosa o por su mala administración. Un factor contribuyente común en muchos de estos casos ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de electrolitos concentrados en las áreas de atención.

Medicamentos de alto riesgo: aquellos que tienen un "riesgo" muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

Concentrados de electrolitos: son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrolitos primarios son:

- Sodio (Na⁺)
- Potasio (K⁺)
- Calcio (Ca²⁺)
- Magnesio (Mg²⁻)

- Cloruro (Cl⁻)
- Bicarbonato de sodio.

Doble verificación: Proceso mediante el cual dos enfermeras tituladas verifican la indicación y el tipo de medicamento durante el proceso de preparación y previo a la ministración.

Modo Operativo

Descripción del Procedimiento

Para el desarrollo del Protocolo, ninguna práctica por si sola permite garantizar la seguridad de la utilización de las soluciones concentradas de electrolitos, se deberá introducir diversas prácticas en todas y cada una de las etapas que forman parte del sistema de utilización de estas sustancias (Rodríguez, 2019).

Por ello se procurará implantar prácticas específicas dirigidas a evitar errores en él:

- Etiquetado
- Almacenamiento
- Prescripción
- Dispensación
- Preparación
- Administración

Equipamiento Necesario

- Listado de medicamentos de alto riesgo.
- Check List del control de las ampollas fijas de los diferentes stocks.
- Coches de paro
- Etiquetas de colores adhesivas y rotulado de medicación.
- Formularios de monitoreo.
- Kárdex.

Almacenamiento y Etiquetado

La medicación de alto riesgo estará separada del resto de medicación, cuya leyenda dirá: “MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO” en orden alfabético. Se ubicar en un lugar estratégico para medicación controlada psicotrónicos y estupefacientes, así

como los electrolitos concentrados con el listado impreso de existencias y ficha de verificación de la fecha de caducidad (Samper, 2019).

Esta normativa será aplicada en forma obligatoria en todas las áreas que se encuentren medicamentos de este tipo que sean manejos por el personal médico, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería y farmacia del Instituto Médico de Especialidades. Los medicamentos de alto riesgo deben ser entregado por farmacia para su dispensación ya debidamente rotulados con su diferente semaforización y clasificación de medicamentos de alto riesgo (Moré, 2019):

Papel de la Etiqueta

Debe presentar características de adhesividad que eviten que la etiqueta se desprenda del envase al que se adhiera. La etiqueta para la rotulación de soluciones con carga de electrolitos será debidamente rotulada con el adhesivo de letras rojas.

Nombre: _____
CI: _____
Solución: _____
Medicamentos: _____
Electrolitos: _____
Velocidad: _____
Fecha: _____ Hora: _____
Responsable: _____

Semaforización

El responsable deberá almacenar los líquidos y electrolitos en el lugar correcto, con su identificación respectiva y en las áreas de atención. Cada electrólito (ampollas o frascos) deberán ser marcados (etiquetados) con los siguientes colores para diferenciarlos unos de otros tanto en los diferentes servicios como en los coches de paro.

En el Instituto Medico de Especialidades los tienen etiquetados por colores de caducidad y tienen un solo color de etiquetado a todos los medicamentos de alto riesgo incluidos los electrolitos a la vez los almacenan en un área específica para su distribución y a la vez almacenan en una zona área la medicación próxima a caducar.

Tabla 1. Semaforización de medicamentos

TIEMPO PRÓXIMO A CADUCAR	COLOR
3 meses	ROJO
6 meses	AMARILLO
12 meses	VERDE

Código de Colores para el Etiquetado de Electrolitos Concentrados

Los Electrolitos Concentrados deberán manejarse como sustancias controladas y resguardadas. Identificar mediante adhesivos con etiquetadas “medicamento de alto riesgo”.

Deberán manejarse como sustancias controladas, resguardadas, etiquetadas y clasificadas para su fácil identificación (Becerra, 2022).

Tabla 2. Código de colores para el etiquetado de electrolitos concentrados.

ELECTROLITOS	Cloruro de Potasio	Gluconato de Calcio	Cloruro de Sodio	Sulfato de Magnesio	Bicarbonato de Sodio
COLOR	ROJO	ROSA	VERDE	AMARILLO	NARANJA
LEYENDA	Mortal sin Diluir	Se Diluye	Se diluye	Se diluye	Se Diluye
SOLUCIONES COMPATIBLES					

Heparinas, Citotóxicos E Insulinas: Se etiquetará de los siguientes colores:

COLOR	Heparina	Citotóxicos	Insulinas
LEYENDA			Confirmar dosis antes de administrar

Administración de los Medicamentos

El personal de enfermería es responsable de tomar siempre en cuenta la REGLA DE ORO al suministrar cualquier medicamento o solución parenteral. "Diez pasos correctos". El personal de enfermería es la responsable del registro inmediatamente después de su administración. Utilizar bomba de infusión para administrar soluciones concentradas (Arias, 2021).

- Diez correctos
- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Vía Correcta
- Forma Correcta
- Hora Correcta
- Dosis Correcta
- Registro de la administración correcta
- Educar al paciente
- Acción correcta
- Respuesta correcta (Gutiérrez, 2020).


Reglamento de Stock de Medicamentos en los Servicios

- En los servicios no deben almacenarse los sobrantes de los líquidos o electrolitos. Si lo hubiera, se debe gestionar su devolución a farmacia.
- Cada servicio estimara su necesidad de este tipo de medicamentos acorde a su perfil epidemiológico.
- El personal dentro de sus competencias será responsable de almacenar, etiquetar, preparar y distribuir los líquidos o electrolitos.
- Los líquidos y electrolitos estarán debidamente identificados con: nombre del medicamento, fecha de caducidad y rotulado "Alto Riesgo" o su respectiva etiqueta de "electrolitos concentrados"
- El personal de enfermería son los responsables de preparar las soluciones de líquidos y electrolitos para su administración en los diferentes servicios.
- Para la administración de líquidos y electrolitos se utilizará la bomba de infusión, todo el personal de enfermería debería estar capacitado en su uso.
- Si durante la administración el medico prescribe una hidratación de solución más electrolitos, se descartará la solución iniciada para continuar la nueva solución.

- En caso de identificar reacciones adversas a los medicamentos, se notificará al médico de turno, se registrará en la historia clínica y se registrará el evento adverso en el formulario” tarjeta amarilla “para activar las acciones en fármaco vigilancia.
- En los servicios se tendrá a disposición para todo el personal el protocolo de control de líquidos y electrolitos (Moré, 2019).

Anexos

Anexo 1: Listado de medicamentos de alto riesgo

		LISTA DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-006 Fecha: 01/08/2016
<p><i>El presente listado se acogerá a la lista oficial de medicamentos de alto riesgo emitido por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez".</i></p>				
SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS				
AGENTES RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN PERIFÉRICA		AGENTES DE CONTRASTE INTRAVENOSO		
Bromuro de rocuronio		Amidotrizoato de meglumino Sales de Yodo		
AGENTES ANTIADRENÉRGICOS DE ACCIÓN CENTRAL		ADITIVOS PARA SOLUCIONES INTRAVENOSAS		
Nitroprusiato de sodio		Bicarbonato de sodio		
AGENTES ALQUILANTES		ANTIMETABOLITOS		
Ciclofosfamida		Metotrexato		
AGENTES ANTITROMBÓTICOS		ANTIARRÍTMICOS CLASE I Y II		
Warfarina Enoxaparina Heparina Sódica		Amiodarona Lidocaina		
ANSIOLÍTICOS		ANALGÉSICOS OPIOIDES		
Diazepam		Morfina Buprenorfina		
AGENTE ALQUILANTES		HIPNÓTICOS Y SEDANTES		
Ciclofosfamida		Midazolam Dexmedetomidina		
ANESTÉSICOS GENERALES		ESTIMULANTES CARDÍACOS EXCLUIDO LOS GLUCÓSIDOS CARDÍACOS		
Propofol Tiopental Sevoflurano Fentanilo Remifentanilo		Adrenalina Dopamina Dobutamina Noradrenalina o norepinefrina		
INSULINA Y ANÁLOGOS		ANESTÉSICOS LOCALES		
Insulina		Bupivacaina pesada Bupivacaina simple Lidocaina con o sin epinefrina		
HORMONAS DEL LÓBULO POSTERIOR DE LA HIPÓFISIS				
Vasopresina				
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS		SOLUCIONES INTRAVENOSAS		
Digoxina		Electrolitos concentrados		
SANGRE Y PRODUCTOS RELACIONADOS		DROGAS HIPOGLUCEMIANTES, EXCLUYE INSULINAS		
Dextrosa y todas las soluciones intravenosas		Metformina		
TODO EL RESTO DE LOS PRODUCTOS NO TERAPEÚTICOS		OTROS NUTRIENTES		
Agua estéril para irrigación		Nutriciones 2 en 1 (dextrosa, aminoácidos, electrolitos y vitaminas) Nutriciones 3 en 1 (dextrosa, lípidos, aminoácidos, electrolitos y vitaminas)		
MEDICAMENTOS PEDIÁTRICOS Y PARA NEONATOS				
Todas las formas y presentaciones farmacéuticas				

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



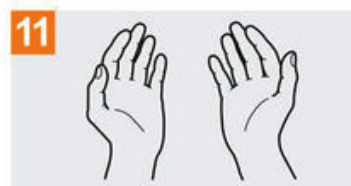
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Bibliografía

Martín Moré, G., & Saavedra Meza, M. (2019). Errores de enfermería en la administración de fármacos en unidades hospitalarias.

Samper Soto, L., Hernández Ruiz, N., & González Pastor, J. (2019). Seguridad en el uso de medicamentos en Atención Primaria.

Guamán Rodríguez, A. J., & Llangari Morocho, A. E. (2019). Seguridad del paciente en el servicio de Emergencia. Riobamba, octubre 2018febrero 2019 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2019).

Soto, L. S., Ruiz, N. H., & Pastor, J. G. (2019). Seguridad en el uso de medicamentos en Atención Primaria. RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería, (18), 37-38.

Barbagelata, E. I. (2020). Implementación de estrategias de prevención de errores en el proceso de administración de medicamentos: un enfoque para enfermería en cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(5), 594-604.

Arias, J. L. R., Lujano, R. O., Páez, I. P., Trinidad, D. V., & Solórzano, M.E. Y. (2021). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles, 9(3), 167-174.

Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Guillamás, C., SánchezCascado, G., & Tordesillas, L. (2020). Administración de fármacos (Técnicas básicas de enfermería).Editex.

MSP, 2022. Recuperado el 19 de enero de 2025, de [http://chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/5.-CONTROL-DE-ELECTROLITOS CONCENTRADOS-2022.pdf](http://chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/5.-CONTROL-DE-ELECTROLITOS_CONCENTRADOS-2022.pdf)

CAPÍTULO III

Higiene y confort en el paciente



Introducción

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud del paciente, implica el cuidado de la piel, el pelo, las uñas, los dientes, las cavidades oral y nasal, los ojos, los pabellones auriculares y las zonas perineales-genitales (Carvajal, 2015).

Es importante para los profesionales de enfermería y auxiliares del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES conocer exactamente cuánta asistencia necesita un paciente para su higiene y poder brindar una atención con calidad y calidez a cada uno de los pacientes. Este bienestar mejora sin duda la calidad de vida y trata de brindar cuidados a través del aseo, mejorando la circulación, la hidratación de la piel y la imagen del paciente en general.

Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico (Mejía, 2021).

Uno de los procedimientos realizados con más frecuencia por el personal auxiliar de enfermería, es el aseo del paciente. La higiene, proporciona bienestar sobre todo si debido a su patología, el paciente debe permanecer encamado. Para ello se requiere profundidad en el conocimiento científico que apoya las intervenciones de enfermería y gran experticia clínica para proveer un cuidado individualizado, competente y adecuado (Aldaz, 2023).

Justificación

Varias investigaciones demuestran la relación entre la ejecución de cuidados básicos por profesionales de enfermería y resultados positivos en los pacientes. Además, se indica que estos poseen un amplio conocimiento relacionado con la implementación de acciones como higiene de manos, higiene oral, preparación preoperatoria de la piel, baño en cama, cuidados relacionados con la incontinencia, pero un menor conocimiento asociado con la documentación del impacto del resultado de estas acciones (Daquilema, 2023).

Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoran al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en

la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrón de sueño y experiencias de dolor, entre otra percepción de su condición o estado de ánimo, necesidades psicosociales (Carvajal, 2015).

Las actividades están siendo infravaloradas, sin tener en cuenta que constituyen uno de los cuidados básicos de enfermería, los cuales aportan numerosos beneficios al paciente (físicos y/o psíquicos), además de aportar datos relativos a su estado general necesarios para una correcta valoración. Con esta falta de interés por parte de los profesionales de enfermería, se está comenzando a perder el contacto enfermera-paciente, olvidando aspectos muy importantes (Naranjo, 2017).

Cabe señalar que los pacientes deben recibir el nivel de asistencia que necesitan para satisfacer sus necesidades individuales de higiene personal, este aspecto puede variar entre individuos y culturas, dado que depende de factores culturales, socioeconómicos, conocimientos de salud e higiene, edad, estado físico y psicológico. Algunos estudios reportan que el tiempo en el cual se ejecuta el baño en cama varía entre profesionales de enfermería y entre instituciones, no hay consenso respecto al tiempo y duración del baño (MSP, 2019).

La higiene corporal es una intervención que debe realizarse con estricta monitorización y control, aún más en el caso particular del paciente en estado crítico en quien se deben evitar eventos adversos. Robles indica que el baño del paciente ha sido identificado como uno de los momentos en el que se presentan más eventos adversos, principalmente durante su ejecución o una hora después del mismo, razón por la cual se hace necesaria la intervención del profesional de enfermería, en la prevención, el reporte y la búsqueda de un plan de mejoramiento que disminuya la morbilidad del paciente crítico relacionada con este procedimiento (Oña, 2024).

Objetivos

Objetivo General

Identificar los procesos adecuados para realizar correctamente la higiene y confort en los pacientes del Instituto Médico de Especialidades, con el fin de brindar una mejor salud y bienestar.

Objetivos Específicos

- Eliminar microorganismos transitorios, las secreciones, excreciones corporales y las células muertas de la piel, a través de la higiene.

- Estimular la circulación de la piel, produciendo relajación y comodidad en el paciente.
- Favorecer un sentido de bienestar para el paciente, logrando eliminar olores corporales desagradables.

Responsable

Tecnólogos, técnicos y auxiliares en enfermería

Frecuencia

Siempre que se brinde cuidados de enfermería de higiene y confort del paciente en el INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Con este protocolo se brindará el bienestar y comodidad, a la vez actúa como una medida preventiva contra las infecciones. Está dirigido a los profesionales de salud sean estos enfermeras, auxiliares, y tecnólogos en enfermería de la Institución, con el cual se pretende fomentar una cultura de seguridad para la atención del paciente mediante directrices para brindar un correcto higiene y confort del paciente.

Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoran al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrón de sueño y experiencias de dolor, entre otros.

Los profesionales que laboren en la Institución deberán dar cumplimiento estricto al presente documento.

Definiciones

Higiene: La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces. Una buena higiene personal puede hacer que seas menos propenso a las enfermedades.

Comodidad: La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. Muchos estudios han demostrado que la comodidad del paciente es un factor determinante en la recuperación y que, además, eleva el nivel de satisfacción general con los servicios prestados en el centro de salud. Por esa razón, reflexionar sobre la comodidad de las instalaciones e invertir en formas de mejorarla debe ser una prioridad en cualquier centro médico.

Cuidado crítico: Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora. La enfermería de cuidados críticos está enfocada a pacientes que se encuentran en una situación clínica crítica, es decir, aquella en la que se ven alteradas una o varias funciones vitales.

Enfermería: La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona.

Confort: El confort es un área de atención relevante para la enfermería, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física y de bienestar corporal. El confort puede ser de tipo alivio, tranquilidad y trascendencia. Es una experiencia holística de la persona después de recibir medidas de confort

Paciente: En salud, el concepto de paciente se refiere a la persona que tiene un problema de salud y necesita un servicio médico cita, examen u hospitalización para resolverlo. Es a través de la atención de profesionales calificados que esta persona satisfará la necesidad de tratar o curar una enfermedad.

Modo Operativo

Consideraciones Generales

Mantener la intimidad del paciente, usar elementos de separación con el resto de los pacientes, como cortinas, tener la puerta cerrada y asegurarnos que el paciente no es visible a través de las ventanas, tener todo el material preparado antes de empezar para evitar salir de la habitación durante la realización de la técnica, evitar las corrientes de aire, mantener una temperatura adecuada en la habitación (entre 22 y 24 °C), utilizar jabones adecuados para mantener el pH de la piel, mantener la temperatura del agua según el gusto del paciente, si el paciente no puede opinar, se

mantendrá 1 o 2 grados por encima de la temperatura corporal, seguir un orden establecido, el cual, salvo contraindicación, será de limpio a sucio y de arriba hacia abajo, cuidar especialmente las sondas o sueros que pueda tener puesto el paciente para evitar su desinserción, dividir las técnicas de aseo de pacientes en dos grupos, aseo general: son las técnicas de baño del paciente que incluyen aseo en ducha o bañera y aseo del paciente encamado, aseo parcial: incluye aseo del cabello, aseo genital, higiene oral y cuidado de las uñas (López, 2022).

Higiene y Confort del Paciente

A pesar de la importancia de realizar los procedimientos de higiene en términos de efectos clínicos y promoción del bienestar y la comodidad la literatura sobre el manejo de las técnicas y sus efectos es limitada. La mayoría de los estudios sobre las prácticas de higiene se centran en el personal de salud, no en los pacientes y se limitan a la descripción de los elementos instrumentales del procedimiento. Al respecto indican que los cuidados relacionados con la necesidad de higiene más desarrollados son higiene oral, higiene perianal, lavado de manos, sin embargo, se observa deficiente documentación de resultados e impacto y poco reflejo del cuidado de enfermería individualizado (Oña, 2024).

La higiene es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, los jabones fuertes o los residuos de jabón que quedan en la piel pueden dañarla. El jabón elimina los lípidos naturales, disminuye los lubricantes naturales, altera el PH de la piel y la adelgaza. A medida de lucha contra las infecciones se está realizando correctamente la higiene, se pretende favorecer la circulación sanguínea, fomentar la autoestima, proporcionar bienestar, mantener una buena integridad cutánea y prevenir infecciones (MSP, 2019)

La higiene del paciente no puede convertirse en un riesgo para la salud del paciente, por el contrario, debe promover la integridad y la función de barrera de la piel para prevenir que microorganismos lesionen la epidermis, los tejidos y, en el peor de los casos, los órganos. en pacientes en estado crítico, se ha observado que el baño puede ser arriesgado: minutos después se suelen reportar alteraciones de los signos vitales ocasionados por el movimiento, el estrés o los cambios de temperatura. Es por eso que se insiste en el control y supervisión del proceso de higiene (Carvajal, 2015).

Precauciones

- Condiciones ambientales, es importante tener una buena iluminación

- Obtener una temperatura adecuada, por lo que la unidad del paciente debe estar entre 22 a 24 grados
- A la hora de realizar el procedimiento, tener privacidad para brindar un correcto confort, utilizando cortinas, toallas etc.
- Prevenir que se produzcan corrientes de aire, por lo que se debe tener precaución en cerrar ventanas y puertas.
- Reunir todo el material previo antes de empezar cualquier procedimiento (Aldaz, 2023).

Tipos de Higiene

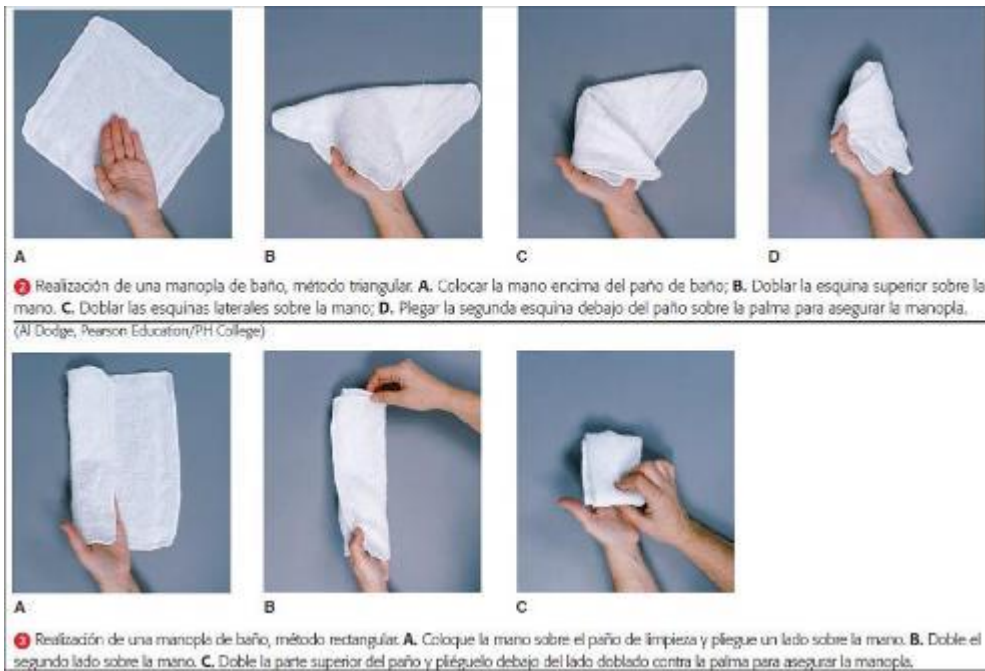
Paciente sin complicaciones/ aseo general

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. Es importante recordar que existen varios factores personales y socioculturales que influyen en las prácticas higiénicas. Se han de tener en cuenta las limitaciones físicas específicas, las creencias, los valores y las costumbres de la persona para asegurar su intimidad y fomentar el bienestar. En ocasiones puede ser necesario frotar la piel para eliminar restos de suciedad; evitar provocar excoriaciones de la piel (Naranjo, 2017).

Paciente encamado

Algunos pacientes no pueden dejar su cama para bañarse sin correr riesgo. Para estas personas, los baños diarios en la cama pueden ayudar a mantener la piel sana, controlar el olor y aumentar la comodidad. Si el hecho de mover al paciente provoca dolor, planea el baño en la cama después de que la persona haya recibido un medicamento para el dolor y éste haya hecho efecto (Aldaz, 2023).

Motive al paciente para que colabore tanto como pueda con su baño, un baño en la cama es un buen momento para inspeccionar la piel del paciente en busca de enrojecimiento y llagas, prestar atención a las áreas óseas y a los pliegues de la piel al realizar la revisión. (Aldaz, 2023).



Baño completo en cama

El paciente se encuentra encamado y sin movilidad por lo cual el auxiliar deberá realizar el procedimiento, desde el aseo del cabello a todas las partes del cuerpo.



Baño parcial

Se realiza el aseo de zonas específicas del paciente, como un aseo genital antes de un sondaje; aseo de cabello; aseo de cara, ojos y oídos.



Baño en bañera o ducha

Se realizará siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y se realizará en la bañera o ducha con la ayuda del auxiliar (Aldaz 2023).



Contraindicaciones

En los últimos 30 años, profesionales de la salud e investigadores han comenzado a cuestionar la efectividad del baño tradicional con agua y jabón. Existen numerosos estudios examinando la efectividad del método tradicional en términos de confort del paciente, el personal de salud y prevención de infecciones. Estos estudios concluyen que el baño tradicional presenta algunos efectos adversos. Los pacientes pueden sentirse incómodos, inseguros o poco dignos durante el procedimiento de baño (Villavicencio, 2022).

El uso de toallas desechables ofrece muchas ventajas debido a la eliminación de lavabos y al contacto limitado de las toallitas con diferentes partes del cuerpo. También proporciona un proceso de baño más práctico, tanto para el personal sanitario como para el paciente. El auxiliar en enfermería será el responsable de realizar tanto su aseo diario como también educar al paciente en la importancia de realizar el aseo en su casa y desarrollar como hábito diario (Oña, 2024).

Equipamiento Necesario

Proporcionar a los profesionales sanitarios pautas de actuación sobre el aseo corporal y comodidad del paciente, que incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas (Mejía, 2021).

Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico (Villavicencio, 2022).

- Guantes de manejo
- Ortopedia (Bandeja para lavar el cabello)
- Un tazón grande de agua caliente (alrededor de 106 grados Fahrenheit)
- Jabón (ya sea jabón tradicional o de no enjuagar)
- Dos paños o esponjas
- Toalla seca
- Loción
- Provisiones para afeitar, si planea afeitar al paciente
- Peine u otros productos para el cuidado del cabello
- Desodorante
- Bolsa para residuos.
- Bolsas y carro de ropa sucia.
- Balde o platón
- Pijama o Bata

Descripción del Procedimiento

Preparación del Paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Fomentar la presencia y/o colaboración de la familia si el paciente así lo desea.
- Preservar la intimidad y confidencialidad, tener la precaución de cerrar la puerta mientras se realizan los cuidados y sólo descubrir la zona que tenga que asear.
- Colocar al paciente en una posición adecuada (MSP, 2019).

Técnica

El aseo general es el que se realiza sobre toda la superficie corporal, debe llevarse a cabo a diario, generalmente por la mañana, antes del cambio de ropa de cama.

- Lavado de manos.
- Colocarse los guantes (en el entorno del paciente).
- Desnudar al paciente, si fuera necesario, de cintura para arriba y cubrirle con una sábana.
- Extender material impermeable desde la espalda del paciente hasta el interior de la tina de baño. Procurar que los laterales del impermeable queden algo elevados.
- Colocar también una toalla entre el hule y la espalda y cuello del paciente, para evitar que se moje el cuerpo.
- Preparar el resto de material al lado de la cama sobre una mesita auxiliar.
- Echar poco a poco agua sobre la cabeza hasta que se empape todo el cabello.
- Escurrir el cabello y aplicar el champú o jabón friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Aclarar y efectuar un segundo lavado.
- Para secar, envolver el cabello en una toalla y utilizar un secador si es necesario.
- Una vez que se termine de realizar el procedimiento botar los guantes en el entorno del paciente.
- Realizar un lavado de manos correcto. (MSP, 2019).
- Asegurar que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada evitando las corrientes de aire.

- Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a asear, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar su intimidad.
- Realizar el aseo siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias.
- Retirar la prótesis del paciente desinfectando con antiséptico antes de volver a colocársela.
- Lavar la zona de los ojos sin usar jabón solo con un pañito y agua.
- Realizar el aseo bucal correctamente.
- Iniciar limpiando las orejas, descendiendo hacia el cuello cuidadosamente.
- El cabello, verificar que no haya contraindicaciones.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades superiores y axilas, secar bien los dedos y pliegues.
- Tórax y abdomen, incidiendo con especial atención en zona submamaria en mujeres, área umbilical e inguinal y pliegues.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades inferiores, con especial atención a los espacios interdigitales y prominencias óseas y siempre en sentido descendente.
- Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder (Daquilema, 2023).

Aseo de Genitales y Periné

En paciente mujer

- Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba a abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- Cambiar la esponja.
- Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle.
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- Control de la capacidad funcional durante el baño.
- Realizar un correcto lavado de manos correctamente (Naranjo, 2017).

En paciente hombre

- Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- Colocar el prepucio, para evitar edema de glande.
- Movilizamos al paciente con ayuda, dependiendo de la gravedad y del estado del paciente.
- Continuar por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- Aclarar y secar cuidadosamente, utilizando toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos.
- Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia.
- Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción.
- En las zonas o prominencias óseas aplicar.
- Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle.
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- Control de la capacidad funcional durante el baño.
- Higiene de manos (Naranjo, 2017).

Paciente Portador de Sonda Nasogástrica

- Pinzar sonda naso gástrica.
- Retirar esparadrapo de fijación de la sonda.
- Limpiar la fosa nasal con hisopo o torunda impregnada en suero salino con ligeros movimientos de dentro afuera. Limpiar también la superficie externa de la sonda con una gasa.
- Secar con gasas la zona nasal y la superficie externa de la sonda. Volver a fijar la sonda con el esparadrapo, rotando el punto de fijación (Mejía, 2021).

Paciente Portador de Sonda Vesical

- Lavar los genitales con solución antiséptica, haciendo mayor hincapié en el meato.

- Mantener el circuito cerrado, evitando desconexiones innecesarias que faciliten la infección, pinzando el circuito o manteniendo la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- Mantener la fijación de la sonda al muslo para evitar tracciones involuntarias que puedan provocar traumatismos. Cambiar la fijación de una pierna a otra cada 24 horas.
- Evitar acodamiento del circuito (Mejía, 2021).

Anexos

Anexo 1: desinfección de manos

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



1a Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Una vez secas, sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA


SAVE LIVES

Clean Your Hands

Anexo 2: lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

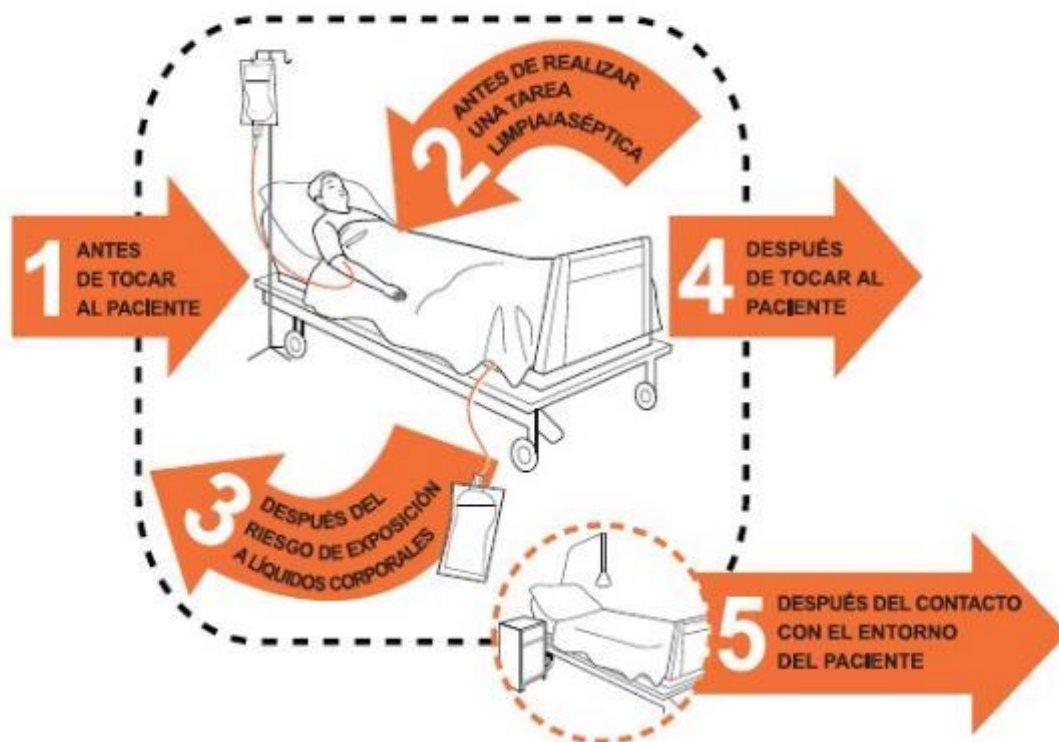
Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse las guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger al entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger al entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger al entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Bibliografía

- Carvajal Carrascal, G., & Montenegro Ramírez, J. D. (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería global*, 14(40), 340–350. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015
- Mejía, B. R., Loeza, B. M. L., Moran, A. C. A., Arteaga, J. C., & Aguilar, M. M. (2021). Confort después del baño de esponja de pacientes hospitalizados en cirugía y medicina interna. *Paraninfo Digital*, e33072d-e33072d.
- Aldaz Barragan, D. J. (2023). Beneficios de la higiene bucal en pacientes hospitalizados en el área de cuidados intensivos (Master's thesis).
- Daquilema Shagñay, V. E., & Silva Fuenmayor, H. L. (2023). Enfoque socio-cultural en el cuidado de confort al paciente con discapacidad motora (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo).
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, 19(3), 89–100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Oña Velástegui, M. G., & Cujano Ortiz, D. (2024). ENFERMERÍA BÁSICA.
- López Cárdenas, W. I., Gil Vidal, E., Altamirano Ceron, R. M., Henao Murillo, N. A., Santa Mejía, Y. A., & Jurado Jiménez, A. C. (2022). Percepciones del cuidado en dos modelos de atención de enfermería en UCI: aproximación cualitativa-comparativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(3).
- MSP. (13 de Oct de 2019). Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <http://www.liceocarloscondell.cl/wp-content/uploads/2020/03/Unidad-2-Higiene-y-confort-del-paciente-Higiene-de-la-piel-y-Ba%C3%B1o-del-paciente.pdf>
- Villavicencio, A. R. (2022, abril 18). Baño de pacientes: Soluciones Medicas. <https://soluciones-medicas.cl/bano-de-pacientes-cuales-son-los-efectos-adversos-del-bano-tradicional/>

CAPÍTULO IV

Protocolo de prevención de caídas



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad (OMS, 2021).

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública, se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos lo que las convierte en la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales, cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica (OMS, 2010).

En América Latina y el Caribe, la incidencia de caídas en las áreas urbanas se encuentra entre el 34% en Chile. En Ecuador no existen datos sólidos sobre las caídas en adultos mayores, sin embargo, se cree que tienen una alta prevalencia debido a la tasa elevada de sarcopenia y alteraciones musculoesqueléticas que sí presentan (De la Torre, 2022).

Por lo tanto, la seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en las unidades de salud, así como la identificación correcta de los pacientes de riesgo y también la protección del paciente vulnerable frente a estos sucesos (caídas). El análisis de las circunstancias en las que se producen estos eventos adversos es fundamental. Es aquí, en este punto, donde los profesionales de Enfermería se enmarcan como el principal protagonista de mejorar la seguridad del paciente (OMS, 2021).

Justificación

La implementación de este protocolo se basa en la necesidad de reducir los riesgos de accidentes relacionados con caídas, los cuales pueden causar lesiones graves, discapacidad y, en casos extremos, la muerte. Las caídas son una de las principales causas de lesiones graves, como fracturas, contusiones y traumatismos. Especialmente en personas mayores, estas caídas pueden generar consecuencias graves, como pérdida de independencia, reducción de la movilidad y disminución de la calidad de vida.

Las caídas y sus consecuencias requieren atención médica urgente, que puede involucrar tratamientos quirúrgicos, hospitalización, rehabilitación y seguimiento médico. La prevención de caídas ayuda a reducir la incidencia de estos accidentes, lo

que a su vez disminuye los costos asociados a los servicios de salud, tanto para las instituciones como para los pacientes.

En el sector salud, existen normativas de seguridad que exigen medidas preventivas específicas, fomentando un entorno seguro que ayuda a los individuos a mantener su movilidad y autonomía por más tiempo, mejorando así su calidad de vida. La prevención de caídas también ayuda a evitar el deterioro emocional y psicológico relacionado con estas experiencias traumáticas.

Un enfoque integral de prevención ayuda a evitar accidentes, daños físicos y emocionales, asegurando un entorno más seguro y saludable para todos los involucrados. El presente documento proporciona directrices claras sobre cómo identificar riesgos de caídas, cómo intervenir para minimizarlos y cómo entrenar a los equipos involucrados en la prevención. Esto mejora la organización y la eficiencia en el manejo de la seguridad, creando un ambiente más seguro para todos.

Este documento sirve como una herramienta educativa para sensibilizar sobre la importancia de la prevención de caídas, proporciona pautas para la identificación de factores de riesgo y estrategias para modificar el entorno, lo cual contribuye a una cultura de seguridad más sólida, enfocándose en la protección de la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, la reducción de costos en atención médica, el cumplimiento de normativas de seguridad y la mejora de la calidad de vida tanto de los pacientes como de los trabajadores.

Objetivos

Objetivo General

Implementar el protocolo de riesgo de caídas a través de la aplicación de las escalas Morse, Macdems, Downton para disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en los pacientes que por su condición vital y/o características medio ambientales estén en riesgo de sufrir eventos.

Objetivos Específicos

- Detectar cuales son las fallas en la atención clínica que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes.
- Identificar la población con riesgo de caídas en relación a su entorno.
- Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención de caídas.

- Garantizar el cuidado continuo de los pacientes en riesgo de caídas en los diferentes turnos.
- Educar al paciente/familia sobre las medidas de prevención de caídas

Responsable

- Licenciadas en enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Médicos
- Técnicos y tecnólogos en enfermería

Frecuencia

Con cada paciente que cumpla los criterios de riesgos dentro de la institución.

Alcance

El presente protocolo va dirigido a todos los profesionales de salud que laboran en el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra como médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos en enfermería y auxiliares de enfermería, los mismo que deberán dar cumplimiento al presente documento.

Definiciones

Caídas: Suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y o familiares, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba de pie, sentado o acostado.

Caída del paciente: La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Riesgo de caída: se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores Intrínsecos: factores relacionados con el propio sujeto que cae. Factores Extrínsecos: factores relacionados con la actividad que realiza o el ambiente en el que se encuentra.

Factores extrínsecos por tratamiento farmacológico: Son aquellos relacionados con los medicamentos que consume el paciente que tiene efectos colaterales y producen alteraciones mentales, de la estabilidad o la marcha.

Prótesis: extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

- **Multifactorial:** Debido a la interacción de varias causas.
- **Deambulaci3n:** Se refiere a la forma como el paciente camina.
- **Hipotensi3n Ortostática:** Se define como una reducci3n de presi3n arterial dentro de los tres minutos despu3s de haber asumido la posici3n erecta o de pie despu3s de haber estado en posici3n supina o acostado.

Síncope: es una p3rdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible.

Sarcopenia: Afecci3n que se caracteriza por la p3rdida de masa, fuerza y funcionamiento de los m3sculos en los adultos mayores. Los signos y sntomas incluyen debilidad, cansancio, falta de energa, problemas de equilibrio y dificultades para caminar y mantenerse de pie.

Modo Operativo

Marco Legal

Constituci3n de la Rep3blica del Ecuador

"Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realizaci3n se vincula al ejercicio de otros derechos; entre ellos, el derecho al agua, la alimentaci3n, la HOSPITAL educaci3n, la cultura f3sica, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenta el buen vivir. ...

Art. 359 Que la de la misma Constituci3n ordena: "El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, pol3ticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoci3n, prevenci3n, recuperaci3n y rehabilitaci3n en todos los niveles; y propiciará la participaci3n ciudadana y el control social" (Constituci3n, 2008).

Ley Orgánica De Salud

Art. 6 de la Ley Orgánica de Salud los numerales 24 y 25 determina que es responsabilidad del Ministerio de Salud P3blica, regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud p3blicos y privados con y sin fines de lucros y demás sujetos a control sanitario, regular ejecutar los procesos de licenciamiento y calificaci3n; y el establecer las normas para la acreditaci3n de los Servicios de Salud.

Art. 53 Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación. El Estado responderá civilmente por los daños y perjuicios causados a las personas por negligencia y descuido en la atención de los Servicios públicos que estén a su cargo, y por la carencia de servicios que hayan sido pagados.

Art. 54 Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore (Constitución, 2008).

Generalidades

Según informe de la OMS en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, y define el término de caída como, “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte (Ruíz, 2022).

Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad. En conclusión, todos los pacientes que se encuentran hospitalizados o que se atienden en un establecimiento de salud, tienen el riesgo de sufrir caídas, las mismas pueden causar eventos adversos o centinela, incrementando los costos y/o los días de estadías hospitalaria. “Mayores de 65 años son quienes tienen mayor riesgo de caída y muerte por esta causa”. El objetivo es reducir los riesgos de caídas y sus efectos negativos en la seguridad del paciente en establecimientos de salud (Oporto, 2023).

Para lo cual se requiere:

- a) Clasificar pacientes con riesgo de sufrir caídas según instrumento técnico.
- b) Estandarizar medidas de prevención para reducir caídas según el riesgo identificado.
- c) Programar educación para la salud a pacientes y familiares sobre la prevención de caídas.

Para reducir el riesgo de caída en un establecimiento de salud, se debe primeramente clasificar a todos aquellos pacientes que conforman grupos vulnerables de sufrir caídas, mediante los instrumentos o escalas de valoración (Oporto, 2023).

Caídas

Son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones causadas por las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son (OMS, 2021).

Factores de Riesgos

Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída (Espinoza, 2024).

a) Factores Extrínsecos

- Riesgo del entorno del paciente (calzado, ropa, carencia inadecuada de ayudas técnicas para caminar o desplazarse).
- Riesgo del entorno en referencia, evacuación (vía y medio de evacuación, medidas de sujeción física/inmovilización, formación de los profesionales, efectos del transporte sobre la persona/proceso de salud enfermedad).
- Altura de las camillas/camas, ausencia de anclaje, espacios reducidos, mobiliario que se transforma en un obstáculo (Gutiérrez, 2022).

b) Factores Intrínsecos

Factores propios del paciente

- Edad: menores de 5 años y mayores de 65 años
- Historia de caídas previas.
- Alteración del estado de conciencia.
- Alteración de la capacidad de percepción sensorial.
- Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia.
- Trastornos en las facultades mentales, procesos de pensamientos, conducta.
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.

- Peso del paciente.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencia nutricional, déficit vitamínico, deshidratación (Gutiérrez, 2022).

Factores propios de la enfermedad

- Enfermedades neurológicas, respiratorias cardíacas, articulares neurológicas, metabólicas, cardiovasculares, músculo esqueléticas.
- Dolor agudo y crónico, hábitos tóxicos.
- Pacientes convalecientes de cirugía, quirúrgicos.
- Alteración en el control de la temperatura corporal.

Factores derivados del tratamiento terapéutico

- Efectos adversos de la medicación (antidepresivo, antihistamínicos, anti arrítmicos, diuréticos).
- Pacientes con prótesis.
- Dispositivos que impiden la movilización (vías periféricas).

Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad

- No solicita ayuda cuando la necesita.
- Afrontamiento del estado de la salud.
- Conducta ante el régimen terapéutico.

Perfil del Paciente con Riesgo de Caídas

El perfil del paciente con riesgo de caídas se ha asociado con los siguientes criterios:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado de consciencia mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo.
- Déficit sensorial.
- Antecedentes de caídas
- Medicación de riesgo.
- Edad menor de 5 años y mayor de 65 años (Gutiérrez, 2022).

Descripción del Procedimiento

Identificar al Paciente con Alto Riesgo de Caídas: incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caída.

- En la historia clínica se colocará identificación indicando el riesgo de caída que tiene el paciente.
- El personal reportará en cada turno el riesgo de caída que tiene el paciente.
- Se mantendrá informado al familiar para mejorar la seguridad del paciente (Ruíz, 2022).

a) Aplicar Medidas Preventivas para Modificar o Tratar los Factores de Riesgo Asociados.

Ante un paciente diagnosticado de riesgo de caídas se intervendrá en el mayor número de los factores de riesgo asociados detectados. Por ello se hace necesaria la coordinación del equipo multidisciplinario, para que el paciente logre la autonomía e independencia y mejore su calidad de vida (Ruíz, 2022).

Las intervenciones se fundamentarán en la valoración de los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos con un enfoque hacia la prevención, acciones dirigidas hacia la promoción de la salud, atención al riesgo, limitación del daño y rehabilitación temprana (Oporto, 2023).

Los pacientes identificados con Bajo Riesgo de caídas, las intervenciones realizadas por los profesionales serán medidas preventivas de carácter general, dirigidas al manejo del entorno, enseñanza del proceso/enfermedad y manejo del régimen terapéutico (Oporto, 2023).

Los pacientes identificados con Alto Riesgo, además de las medidas generales, se aplicarán las intervenciones específicas asociadas a sus factores de riesgo (Oporto, 2023).

Valoración Del Riesgo De Caídas

La valoración del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas adecuadas a cada persona. En la planificación de actividades de prevención se debe considerar la valoración global del paciente contemplando cada uno de los factores de riesgo predisponentes. Se considerará que todo paciente por el hecho de ingresar en un hospital tiene factores extrínsecos de riesgo de caída, por consiguiente, deberá realizarse la valoración del riesgo de caídas a todos los pacientes que ingresen en cualquiera de las unidades de hospitalización. Además, se valorará siempre el riesgo

de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos previamente definidos. Se realizará una nueva valoración siempre que se modifique el estado del paciente a lo largo de su estadía hospitalaria (Espinoza, 2024).

Escala De Valoración Morse

La Escala de caída de Morse (Anexo 1). Es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente adulto sufra una caída, los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

1. Antecedentes de caídas recientes

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se asigna 0 puntos (Gutiérrez, 2022).

2. Comorbilidades

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.

3. Ayuda para deambular

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andador se asignan 15 puntos. Si el paciente sólo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

4. Venoclisis

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.

5. Marcha (equilibrio y/o traslado)

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erguida, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).

Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los de la silla o "tomando IMPULSO" ejemplo. (Realizando varios intentos

por incorporarse. La cabeza del paciente está baja, mirando al piso. Como tiene muy poco equilibrio, el paciente se agarra de los muebles, de una persona de apoyo o de bastones/andadores y no puede caminar sin esta asistencia) (OMS, 2010).

6. Conciencia - estado mental

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: "¿Puede ir al baño sólo o necesita ayuda?" Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 punto. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos (Alvarenga, 2022).

7. Puntuación final y nivel de riesgo

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo

Unidades Pediátricas

Los principales factores de riesgo en los niños hospitalizados son: la historia de caídas, alteración del estado mental (episodios de desorientación) y problemas al caminar.

- Niños menores de 6 años: edad del niño, el género, la altura de la caída, el tipo de superficie, el mecanismo de caída (escalera o utilizando andador), el ámbito (guardería en comparación con la atención domiciliaria) y aspectos socioeconómicos.
- Menores de 3 años: cuando comienzan a deambular son más propensos de las caídas del paciente.
- Susceptibles de tener una caída en el hospital, debido a: cambios de entorno, falta de familiar y equipo salud alrededor.
- La evaluación de riesgo de caídas en niños (0 a 14 años) se realizará con la escala de Macdems.
- Se aplicará el registro de evaluación de riesgo de caídas a todos los niños ingresados tanto en unidades de hospitalización como en el área de emergencia pediátrica (Ver anexo 4) (Daquilema, 2024).

Notificación del Evento

La notificación es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de la salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son consideradas una parte de la cultura de seguridad donde los eventos adversos los entienden como una oportunidad para aprender de experiencias anteriores (auto aprendizaje) dentro del ámbito de trabajo. Este registro de caídas nos permite:

- Detectar áreas vulnerables del sistema.
- Identificar los factores de riesgo relacionados con el paciente o su entorno asociados a la caída.
- Valorar posibles medidas de mejora relacionadas con la caída.
- Fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales.
- Favorecer la participación / opinión del paciente, familia, en su seguridad o la de su familiar (Espinoza, 2024).

Estrategias

Identificación del paciente con riesgo de caídas

- Si el paciente ingresa por Emergencia la enfermera de dicho Servicio lo valorará y clasificará el riesgo.
- Cuando el ingreso es por consulta externa, la enfermera valorará al paciente y clasificará el riesgo.
- En la valoración inicial del paciente se registrarán los factores de riesgos relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Morse.
- La enfermera de hospitalización recibe al paciente con la tarjeta (color de acuerdo al riesgo) y la colocará en la pizarra de identificación.
- En los pacientes de riesgo se REEVALUARÁ el riesgo de caídas cada 7 días de ingreso o de acuerdo a los cambios en la situación del paciente.
- Para la prevención de caídas es indispensable que tanto el paciente como los familiares conozcan el significado de este código de colores (tarjetas), así como las medidas preventivas a llevar a cabo. Para ello se entregará al ingreso en la llegada a la unidad de hospitalización el tríptico de información.
- En los pacientes de ALTO RIESGO se entregará (tríptico) e informará sobre las medidas generales en la prevención de caídas dirigido a pacientes y familiares. Proporcionar charlas educativas en cada habitación sobre seguridad del paciente (Alvarenga, 2022).

Medidas Generales

Las medidas preventivas generales valorarán la necesidad del uso de barandales.

- Se deben utilizar de forma sistemática los barandales laterales para la prevención de caídas.
- Cuando no sea posible el uso de barandales, el paciente permanecerá vigilado por el personal del área y/o deberá estar acompañado por un familiar.
- Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar transferencias de cama a camilla o mesa quirúrgica y viceversa, o cambios de posición (De la Torre, 2022).

Protocolo estándar del paciente de bajo (verde) y mediano riesgo (amarillo)

- Orientar al paciente (adulto) y familiar sobre los espacios físicos.
- Mantener siempre cerradas las ventanas de las habitaciones de los pacientes (debe contar con climatización).
- Colocar la cama en posición lo más baja posible y con los frenos puestos.
- Los barandales laterales de la cuna, camillas y o camas deben estar levantadas.
- Mantener al paciente incorporado a la cama uno minutos antes de levantar por si tiene un mareo.
- Realizar la evaluación de espacios abiertos para evitar que las extremidades del niño /a u otra parte de su cuerpo queden atrapadas allí.
- Uso de calzado adecuado con suelas antideslizantes y ropa del paciente del tamaño adecuado para evitar tropiezos.
- Proporcionar al paciente dependiente, medios de solicitud de ayuda (timbre) para el llamado inmediato, educar al paciente y familiar sobre su uso.
- El entorno debe estar libre de equipos fuera de uso y mobiliario en su lugar.
- Evaluar periódicamente para determinar la correcta iluminación; luz encendida por la noche.
- Educar a los padres y niño/a si procede.
- Registrar la educación para la prevención de caídas.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.

- Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al Recién nacido en la misma.
- Cuando el paciente sea traslado a otro lugar permanecerá en compañía de un miembro de equipo o familiar.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene riesgo de caídas (TARJETA VERDE O AMARILLA EN LA PIZARRA DE IDENTIFICACION SEGÚN EL VALOR).
- Anotar la valoración de riesgo de caídas en la historia clínica (De la Torre, 2022).

Protocolo estándar de pacientes de alto riesgo (rojo)

- Identificación como paciente de alto riesgo cuando se obtengan 50 o más puntos de valoración, según la escala de Morse o cuando haya otros factores que tras la valoración se consideren potencialmente desencadenantes de una caída, a criterio del profesional (como: incontinencia, edad del paciente, transferencia).
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas (TARJETA ROJA EN LA PUERTA DE LA HABITACION DEL PACIENTE).
- Educar al paciente y familia sobre el protocolo de prevención de caídas.
- Vigilar al paciente por turno y de forma continua si se encuentra en algún momento solo.
- Acompañar al paciente durante la deambulación.
- Aplicar medidas de sujeción si fuera necesario (realizar consentimiento informado).
- Educar al familiar sobre la importancia de la medida de sujeción para evitar caídas.
- Revisar continuamente las extremidades del paciente donde se colocó el sujetador.
- Colocar al paciente en una cama adecuada; preparación psicológica para ello.
- Evaluar la necesidad de una supervisión continúa si se precisa (Familiar).
- Eliminar de la habitación todo equipo fuera de uso.
- Colocar barreras protectoras en todos los espacios peligrosos y en espacios abiertos de la cama en caso de paciente pediátrico.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo

- Colocar la cama en la posición más baja, a menos que el paciente tenga una atención directa.
- Registrar la educación para la prevención de caídas (De la Torre, 2022).

Actuación ante la Caída

Atender preferente y en forma inmediata a la situación clínica del enfermo.

- Avisar inmediatamente al médico.
- Diagnosticar y dar tratamiento a las lesiones.
- Registrar el incidente en la historia clínica del paciente (la fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente antes y después de la caída).
- Notificar al personal responsable (calidad) y a la familia.
- Valorar y realizar seguimiento del paciente, atendiendo a factores físicos (lesión), psicológico (miedo a volver a caer, recuperación parcial...), sociales.
- Informar al personal (cambios de turnos, traslado a otro servicio o en referencia) sobre los pacientes con alto riesgo de caídas (Ruíz, 2022).

Actuación del responsable de la evaluación y seguimiento

- Comprobar que se ha evaluado el riesgo de caída (valoración de enfermería más escala de riesgo) con registro en Historia Clínica y que se hayan establecido las medidas preventivas para pacientes con alto riesgo de caídas.
- Promover la notificación de evento adverso con el objetivo de identificar y aplicar medidas de mejora que favorezcan la prevención del riesgo caídas.
- Comunicación con el comité responsable de evaluación (Calidad, Seguridad), estableciendo un circuito de análisis estable y sistemático (Ruíz, 2022).

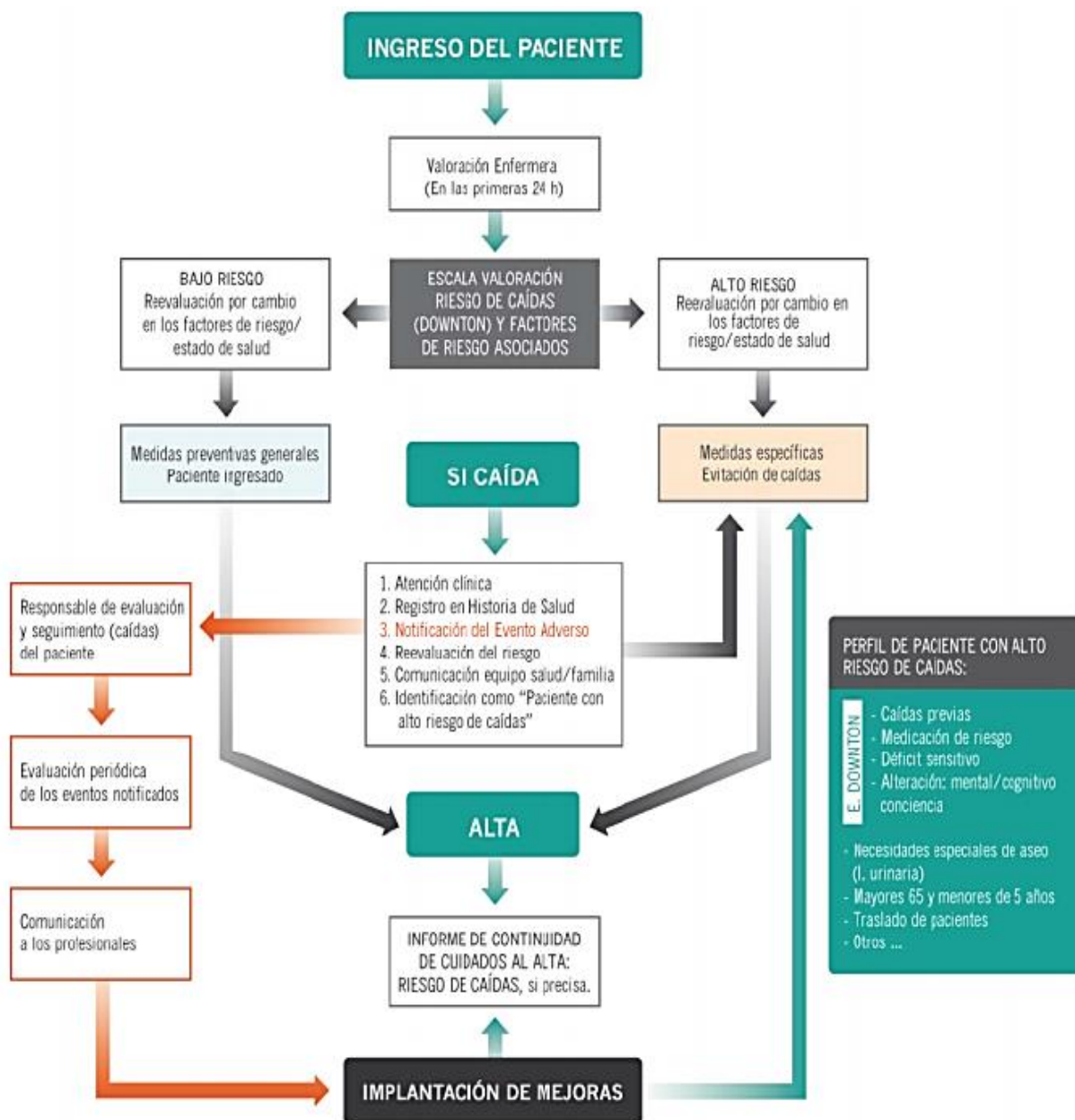
Control del Cumplimiento

Este procedimiento lo realizará el Equipo de Calidad con el Médico y la Enfermera coordinadora de cada servicio, utilizando como muestra significativa 5 historias clínicas escogidas aleatoriamente. Para realizar la evaluación se utilizará los siguientes indicadores:

INDICADOR	% DE PACIENTES EVALUADOS CON ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Seguridad.
Formula	1.- $\frac{\text{Número de pacientes con riesgo de caídas que se aplicó la escala}}{\text{Número de pacientes ingresados}} \times 100$
Estándar	100% de lo Programado.
Definición de términos	Prevención de caídas. Se refiere a los cuidados que deben ser brindados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras este hospitalizado.
Criterios	Establecidos en la norma.
Justificación	Reducir la incidencia de eventos adversos.

Anexos

Anexo 1: flujograma



Anexo 2: escala de Dowton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

ESCALA DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1






PUNTUACION TOTAL	RIESGO
0-1	Baja
2-3	media
> a 3 puntos	alta

Anexo 3: escala de Morse

		ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE		Versión: 1 Código: DNC55-MSP-008 Fecha: 01/08/2016
DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS				
VARIABLES			PUNTAJE	
1. CAÍDA PREVIA	No		0	
	Si		25	
2. COMORBILIDADES	No		0	
	Si		15	
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia		0	
	Bastón / Muleta / Caminador		15	
	Se apoya en los muebles		30	
4. VENOCLISIS	No		0	
	Si		20	
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas		0	
	Débil		10	
	Limitada		20	
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones		0	
	Sobreestima u olvida sus limitaciones		15	
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO				<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción		
 Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>		
 Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>		
 Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>		

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Anexo 4: escala de Macdems

		ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA MACDEMS		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-007 Fecha: 01/08/2016
DE 0 A 12 AÑOS				
VARIABLES			PUNTAJE	
1. EDAD	Recién Nacido		2	
	Lactante Menor		2	
	Lactante Mayor		3	
	Pre - escolar		3	
	Escolar		1	
2. ANTECEDENTE DE CAÍDA PREVIA	No		0	
	Si		1	
3. ANTECEDENTES	Hiperactividad		1	
	Problemas neuromusculares		1	
	Síndrome convulsivo		1	
	Daño orgánico cerebral		1	
	Otros		1	
	Sin antecedentes		0	
4. COMPROMISO DE CONCIENCIA	No		0	
	Si		1	
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO			 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
Riesgo	Puntaje	Acción		
 Bajo	0 a 1	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>		
 Medio	2 a 3	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>		
 Alto	4 a 6	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>		

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Bibliografía

- Alvarenga, L. A. A. (2022). CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DISTRITAL DE HORQUETA 2022.
- Daquilema, M. E. P., Zaruma, K. D. P. C., Orejuela, L. A. R., & Mazón, M. G. S. (2024). Cumplimiento del protocolo de prevención de caídas en pacientes pediátricos Puyo, 2019. *Polo del Conocimiento*, 9(6), 2599-2609.
- De la Torre Ortega, L., Salgado Ortiz, C. S., Iturralde Rodríguez, X., Alcívar Silva, A. A., Abril Mera, T., & Peña Alcívar, M. (2022). Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. *Revista Vive*, 5(13), 63–74. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i13.131>
- Espinoza, C., Morales, L., Mosquera, J., Céspedes, A., & Serrano, E. (2024). Aplicación de estrategias de prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados: Artículo Original. *Ciencia Ecuador*, 6(28), 24-35.
- Gutiérrez-Valencia, M., Leache, L., & Saiz, L. C. (2022). Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Revista española de geriatría y gerontología*, 57(3), 186-194.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). Obtenido de https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/e1%20constitucion_de_bolsillo.pdf
- OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Caídas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- OMS, (2010). Personas mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales - Red Latinoamericana de Gerontología. (s/f). *Gerontologia.org*. Recuperado el 27 de enero de 2025, de <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1915>
- Oporto, L. N. (2023). Práctica de enfermería basada en la evidencia y prevención de las caídas en pacientes internados. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2(1).
- Ruiz, J. A. H., Román, G. V., Ana, M., & Fernández, D. R. M. (2022). 205–PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. BLOQUE 2. CUIDADOS BÁSICOS, 21.

CAPÍTULO V

Manejo y prevención de úlceras por presión



Introducción

Las úlceras por presión son consideradas un gran problema de salud ya que aparecen en pocas horas y tardan meses en curarse, afectan principalmente a los pacientes hospitalizados y/o encamados por largos períodos de tiempo sobre todo en aquellos que tienen antecedentes de diabetes, colesterol elevado, hipertensión, problemas de nutrición, incontinencia urinaria, entre otros, pues son consideradas lesiones causadas por falta de riego sanguíneo en una zona determinada del cuerpo que en ocasiones degeneran la integridad de la piel, músculos e incluso los huesos, por esta razón es muy importante la prevención como una estrategia terapéutica para evitar complicaciones (Torra, 2016).

Las úlceras por presión constituyen un gran problema socioeconómico pues su aparición supone un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Los últimos estudios realizados dan la certeza de que el 95% de todos los casos de UPP se pueden prevenir, por lo que el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra se ve en la necesidad de elaborar un protocolo de prevención de úlceras por decúbito, que permitirá conocer el riesgo que presenta el paciente, relacionarlo con su entorno y evitar la aparición de las mismas.

Este protocolo permitirá unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios de la institución y fortaleciendo la calidad de los mismos.

Justificación

La seguridad del paciente, se define como el conjunto de actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido como resultado de los cuidados prestados; además, se considera una prioridad esencial de la calidad asistencial que implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

Una de las complicaciones más comunes y desafiantes en pacientes con movilidad reducida, como aquellos que permanecen largos periodos en cama o en silla de ruedas, personas de edad avanzada o pacientes con enfermedades crónicas, son las úlceras por presión. La prevalencia de estas lesiones cutáneas ha sido un tema constante de preocupación en el ámbito de la salud, debido a su impacto negativo en la calidad de vida del paciente, así como los costos asociados con su tratamiento y manejo (Villanueva, 2021).

La atención adecuada a las úlceras por presión puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir el dolor asociado con las heridas crónicas, disminuir la tasa de hospitalizaciones y contribuir a una recuperación más rápida. En consecuencia, la implementación de medidas eficaces en la prevención y el tratamiento puede tener un impacto positivo en la salud pública (Bonivento, 2021).

La prevención y el manejo de las úlceras por presión son aspectos fundamentales en el trabajo de los profesionales de enfermería. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de guías y protocolos, muchas veces los pacientes desarrollan estas lesiones debido a factores como la falta de recursos, formación insuficiente en la correcta aplicación de prácticas preventivas, o la subestimación de la importancia de la movilización periódica de los pacientes (Cedeño, 2023).

Objetivos

Objetivo General

Prevenir úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra, brindando los cuidados de prevención, diagnóstico y tratamiento basados en principios científicos.

Objetivos Específicos

- Elaborar y difundir un protocolo de manejo y prevención de úlceras por presión.
- Socializar el protocolo en el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra para todo el personal operativo.
- Identificar a las personas que tienen riesgo a desarrollar una UPP por medio de escalas de valoración (NORTON O BRADEN).
- Estandarizar los cuidados de enfermería en el Instituto Médico de Especialidades.
- Promover la identificación de todos los pacientes de riesgo a desencadenar úlceras por presión de forma precoz.

Responsable

- Licenciadas en enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Médicos
- Técnicos y tecnólogos en enfermería

Frecuencia

Con cada paciente que cumpla los criterios de riesgos dentro de la institución.

Alcance

El presente protocolo va dirigido a todos los profesionales de salud que laboran en el Instituto Médico de Especialidades MedIbarra como médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos en enfermería y auxiliares de enfermería, los mismo que deberán dar cumplimiento al presente documento.

Los profesionales que laboren en la institución deberán dar cumplimiento estricto al presente documento.

Definiciones

UPP: Úlcera por presión

Úlcera por presión: Es toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

Presión: La presión directa es la fuerza primaria que favorece la formación de úlceras. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se hace sobre una zona de la piel como del tiempo que ésta se mantiene.

Fricción: Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

Isquemia: es la reducción del flujo sanguíneo en los tejidos del cuerpo humano que provoca la disminución de la cantidad de oxígeno y nutrientes en la zona afectada.

Reperusión: restablecimiento del flujo sanguíneo a una zona que previamente había sufrido una reducción o cese de dicho flujo, generalmente debido a una obstrucción

Excoriación: irritación cutánea que se presenta donde la piel roza contra ella misma, las ropas u otro material.

Eritema: Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.

Abrasión: Acción y efecto de raer o desgastar por fricción

Iatrogénica: condición física o mental adversa inducida en un paciente por efectos indeseables o lesivos de tratamientos.

Cizallamiento: Aplicación lineal que desplaza cada punto en una dirección fija, en una cantidad proporcional a su distancia orientada desde la línea que es paralela a esa dirección y pasa por el origen.

Maceración: Ablandar algo estrujándolo o golpeándolo.

Modo Operativo

Las escaras son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo de la piel debidas a la presión ejercida sobre esta durante un tiempo prolongado. En la mayoría de los casos, las escaras se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como talones, tobillos, caderas y cóccix. Las escaras también se denominan úlceras por presión, lesiones por presión y úlceras por decúbito (Rodríguez, 2020).

Las personas con mayor riesgo de desarrollar escaras son aquellas que padecen enfermedades que les impiden cambiar de postura o moverse, o aquellas que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla (Torra, 2016).

Las escaras pueden desarrollarse en el transcurso de horas o días, la mayoría de las llagas se recuperan con tratamiento, pero algunas nunca lo hacen completamente.

Síntomas

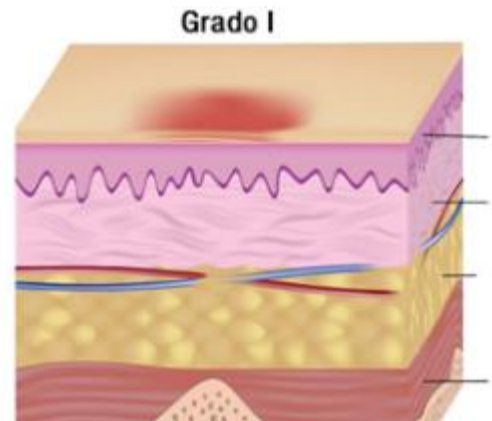
Los síntomas de las escaras incluyen los siguientes:

- Cambios en el color o en la textura de la piel.
- Hinchazón.
- Supuración.
- Un área de la piel que se siente más fría o más caliente al tacto que otras áreas.
- Áreas con irritación.

Las escaras se clasifican en varias etapas en función de su profundidad, gravedad y otras características. El grado de daño de la piel y de los tejidos oscila desde una piel inflamada e intacta hasta una lesión profunda que afecta los músculos y los huesos (Montañez, 2024).

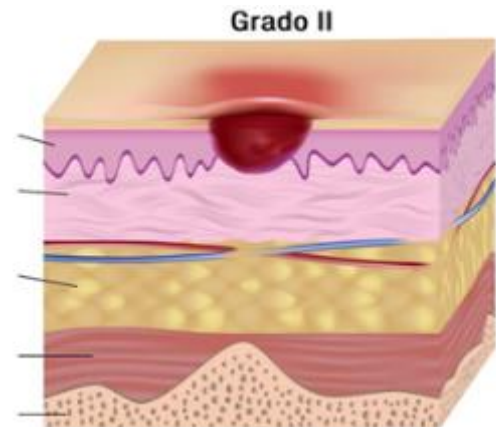
Grado I

Alteración que se observa en piel íntegra, relacionada con la presión, manifestado por eritema que no palidece al presionar. Puede presentar cambios en comparación con área del cuerpo no sometida a presión en cuanto a temperatura, consistencia y/o sensaciones



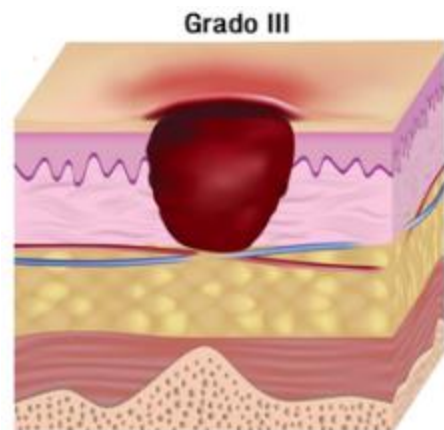
Grado II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



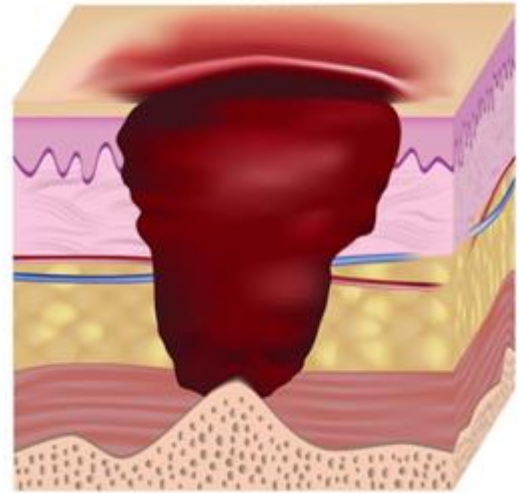
Grado III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia abajo pero no a la fascia subyacente.



Grado IV

Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este caso como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

**Sitios Comunes de las Úlceras por Presión**

En el caso de las personas que utilizan silla de ruedas, las úlceras por presión suelen aparecer en la piel en las siguientes áreas:

- Cóccix o glúteos.
- Omóplatos y columna vertebral.
- Parte trasera de los brazos y piernas donde entran en contacto con la silla.

En el caso de las personas que necesitan permanecer en la cama, pueden aparecer úlceras por presión en los siguientes sitios:

- La parte trasera o los laterales de la cabeza.
- Los omóplatos.
- La cadera, la región lumbar o el coxis.
- Los talones, los tobillos y la piel detrás de las rodillas (Villanueva, 2021).

Causas

Las tres causas principales de la aparición de escaras son las siguientes:

- **Presión.** La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para llevar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y podrían morir con el tiempo. El movimiento limitado puede hacer que la piel sea propensa a los daños que causa la presión. En el caso de las personas con movilidad limitada, la presión tiende a producirse en zonas que no están bien acolchadas con músculo o grasa y que se sitúan sobre un hueso. Estas zonas incluyen la columna vertebral, el cóccix, los omóplatos, las caderas, los talones y los codos.

- **Fricción.** La fricción se produce cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de cama. Puede hacer que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.
- **Rozamiento.** El rozamiento se produce cuando dos superficies se mueven en direcciones opuestas. Por ejemplo, cuando la cabecera de una cama está elevada, una persona se puede deslizar hacia abajo en la cama. A medida que el cóccix se mueve hacia abajo, la piel sobre el hueso puede quedar en el mismo lugar, lo que provoca una tracción en sentido contrario (Bonivento, 2021).

Factores de Riesgo

El riesgo de desarrollar escaras es mayor si se tiene dificultades para moverse y no se puede cambiar de posición fácilmente mientras se está sentado o en la cama. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- **Inmovilidad.** Esto puede deberse a una salud debilitada, a una lesión de la médula espinal o a otra causa.
- **Incontinencia.** La piel se vuelve más vulnerable con la exposición prolongada a la orina y las heces.
- **Pérdida de la percepción sensorial.** Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras afecciones pueden ocasionar una pérdida de la sensibilidad. Si no se puede sentir dolor o malestar, es posible que no se note las señales de advertencia y la necesidad de cambiar de posición.
- **Nutrición e hidratación deficientes.** Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales todos los días para mantener la piel sana y detener la ruptura de los tejidos.
- **Enfermedades que afectan el flujo sanguíneo.** Los problemas de salud afectan el flujo sanguíneo pueden aumentar el riesgo de daño tisular, como las escaras. Entre los ejemplos de este tipo de enfermedad están la diabetes y las enfermedades vasculares.
- **Edad.** Si tiene más de 70 años, es más probable que afecten las escaras (Cedeño, 2023).

Complicaciones

Las complicaciones de las úlceras por presión comprenden:

- **Celulitis infecciosa.** La celulitis infecciosa es una infección de la piel y está relacionada con los tejidos blandos. Puede causar calor e hinchazón de la zona

afectada. La piel puede cambiar de color o parecer inflamada. Las personas con daños en los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis infecciosa.

- **Infecciones óseas y articulares.** Una infección de una escara puede traspasar las articulaciones y los huesos. Las infecciones en las articulaciones, como la artritis séptica, pueden dañar cartílagos y tejidos. La osteomielitis que es una infección ósea puede reducir la función de las articulaciones y las extremidades.
- **Cáncer.** Una úlcera de Marjolin es una herida que no cicatriza, de larga duración y que puede convertirse en un tipo de carcinoma de células escamosas.
- **Septicemia.** En raras ocasiones, una úlcera cutánea deriva en septicemia, que es una complicación de una infección que pone en riesgo la vida (Rodríguez, 2020).

Prevención

Se puede ayudar a detener las úlceras por presión con estos pasos:

- Cambiar con frecuencia de postura para evitar tensiones en la piel.
- Cuidar bien la piel.
- Hidratación de la piel en la zona sacra y todo el cuerpo en general
- Uso de cremas para el cuerpo y cremas antiescaras para zonas prominentes
- Mejorar el estado nutricional
- Dejar de fumar.
- Controlar el estrés.
- Hacer ejercicios diarios.

Tener en cuenta estas recomendaciones para cambiar de posición en una cama o una silla:

- **Cambiar el punto de apoyo del peso con frecuencia.** Pedir ayuda para cambiar de postura cada dos horas.
- **Levantarlo, siempre que sea posible.** Si tiene suficiente fuerza en la parte superior del cuerpo, haga flexiones en silla de ruedas. Levanta el cuerpo del asiento empujando los brazos de la silla.
- **Buscar una silla de ruedas especial.** Algunas sillas de ruedas pueden inclinarse, lo que puede aliviar la presión.

- **Seleccionar almohadones o un colchón que alivie la presión.** Usar almohadones o un colchón especial para aliviar la presión y asegurarse de que el cuerpo esté bien posicionado. No usar almohadones con forma de dona, ya que pueden concentrar la presión en el tejido circundante (Rodríguez, 2020).
- **Ajusta la elevación de la cama.** Si la cama puede elevarse en la parte de la cabeza, súbela no más de 30 grados. Esto ayuda a prevenir el cizallamiento.

Equipamiento Necesario

Material de curación para úlceras por presión

Los recursos disponibles para activar el tejido de granulación y epitelización son:

- Apósitos
 - Apósitos húmedos
 - Apósitos Hidrocoloides
 - Apósitos de hidrofibra
 - Apósitos de hidrogel
 - Apósitos de poliuretano
 - Apósitos de alginato cálcico
 - Apósitos Hidrocelulares-hidropoliméricos
 - Apósitos Hidrorreguladores
 - Apósitos absorbe olores
- Geles
- Polvos o gránulos
- Pomadas
- Hipertónicos
- Sustancias limpiadoras

Descripción Del Procedimiento

Valoración del riesgo

Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente. Para valorar el riesgo se recomienda utilizar dos escalas BRADEN O NORTOM.

La escala validada de Braden según la puntuación se clasificarán los pacientes con riesgo alto, moderado y bajo. Esta puntuación dará una idea de quienes son los pacientes que necesitan una monitorización más estricta. Esta escala tiene mayor

sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. Se recomienda hacer la escala al ingreso y cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración por ejemplo en el caso de presentar Isquemia de cualquier origen, Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas), pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen, Hipotensión prolongada, pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas, cambio habitual de la persona que lo cuida (Montañez, 2024).

La escala de Norton se desarrolló en la década de 1960 y se utiliza para evaluar el riesgo de que un paciente desarrolle úlceras por presión. Su principal objetivo es prevenir la aparición de este tipo de úlceras, se utiliza generalmente, en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos como en pacientes ingresados en unidades en los hospitales.

El paciente se clasifica de 1 a 4, utilizando los siguientes cinco criterios: condición física, condición mental, actividad, movilidad e incontinencia. En el siguiente apartado, hablaremos en profundidad de cada uno de ellos. Además, la sensibilidad y la especificidad del sistema de puntuación de Norton para predecir las úlceras por presión son del 63 y del 70%, respectivamente (Torra, 2016).

Mantenimiento y/o cuidado de la piel

- Revisar la piel cada día de forma sistemática, prestando más atención en las zonas de protuberancias (Cóccix o glúteos, región lumbar, omóplatos, columna vertebral, talones, tobillos)
- Observar si hay sequedad, excoriaciones, eritema y maceración.
- Mantener la piel limpia y seca siempre.
- Utilizar agua tibia y jabón neutro.
- No sujetar el sensor de oximetría con durapore o micropore ya que puede lacerar la piel.
- El sensor del oxímetro se cambiará de sitio en forma frecuente dependiendo del riesgo.
- No realizar fricción sobre la piel.
- Minimizar los factores ambientales que provocan sequedad de la piel.
- Utilizar cremas hidratantes.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas ya que producen roturas capilares que favorecen las UPP (Bonivento, 2021).

- Mantenga la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas. La lencería será preferentemente de tejidos naturales (algodón). No usar productos irritantes para lavar la ropa.

Control de exceso de humedad

- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Si el paciente presenta incontinencia se hará el cambio de pañales con más frecuencia.
- Mantener libre de la humedad producida por la incontinencia fecal o de orina ya que provoca maceración y edema de la piel, con lo que se vuelve más susceptible a la abrasión.
- Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición), lave la zona perineal, limpie bien con agua templada y jabón neutro.
- Seque sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
- Aplicar Película Protectora sin alcohol (apósito adhesivo de barrera) o pomadas protectoras a aquellos pacientes que lo tengan prescrito por exceso de humedad.
- Se controlarán los drenajes, el exudado de las heridas, las colostomías, se protegerá la piel que rodea el estoma con apósito adhesivo de barrera. (esperar 30” antes de pegar el disco adhesivo).
- Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afectada comparándola con el calor en otra zona del cuerpo (Cedeño, 2023).

Manejo de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, se deben considerar cuatro elementos fundamentales:

- Movilización
- Cambios posturales
- Superficies especiales de la presión
- Protección local ante la presión

Para realizar cambios posturales tomaremos las siguientes medidas:

- Informarse del grado de dependencia de la persona.
- Explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona (paciente consciente).
- Solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario, si el movimiento se realiza entre varios se debe dar una orden única y precisa.
- Reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo: a la hora de movilizar a la persona a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
- La cama deberá estar preparada con una “media sábana”, se la coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros.
- Para manejar al paciente con la media sábana ésta se enrollará por los laterales sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama sin fricciones.
- Cuando se realicen las movilizaciones la cama debe estar plana, en caso de que el paciente deba tener la cabecera elevada se elevará una vez terminada la manipulación y no más de 30° si su patología base lo permite.
- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.
- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo.
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Valorar las zonas de riesgo en cada cambio postural (López, 2018).

Medidas que se deben considerar para evitar intervenciones iatrogénicas

- No levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo.
- No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse.
- En decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar el peso en las prominencias óseas ayudándose de almohadas.
- No mantener protecciones locales sin revisiones diarias (López, 2018).

Condicionantes para la efectividad de los cambios posturales

- Dificultad para su realización periódica.
- Utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas
- Patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales: cirugía cardíaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados o intervenciones neuroquirúrgicas.

Cambios Posturales

Su situación no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de UPP, prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones, es una complicación previsible. En situación de agonía será necesario “plantearse” incluso la necesidad de realizar cambios posturales.

Utilizar superficies especiales de presión especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la necesidad de elevadas medidas de confort (Duque, 2015).

Cuidados en el uso de los medios de confort

- El compresor de los sobre colchones que se insufla no se colocará enganchado en el cabecero de la cama.
- Los tubos de aire que conectan el colchón y el compresor no deben quedar comprimidos.
- Se realizará la limpieza y desinfección del colchón antiescaras frecuentemente, insistiendo en las zonas que hay entre las celdas para prevenir pinchazos, acumulación de suciedad, y otros.
- La presión ideal es cuando entre el colchón y el paciente podemos introducir dos dedos (no completamente insuflado).
- Pierde sus propiedades si existen pinchazos o el compresor no realiza la variación de presiones (Rodríguez, 2020).

Posiciones Terapéuticas

Decubito Supino (Uso de Almohadas)

- Una debajo de la cabeza y hombros.
- Una bajo los gemelos (evitando el contacto de los talones con el colchón y la hiperextensión de rodillas).

- Una en la planta del pie (antiequino).
- Si existe mucha lordosis en la zona lumbar otra.
- Bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, alcanzarán hasta la zona externa de los muslos para evitar la rotación externa de trocánteres (Torra, 2016).



Precauciones:

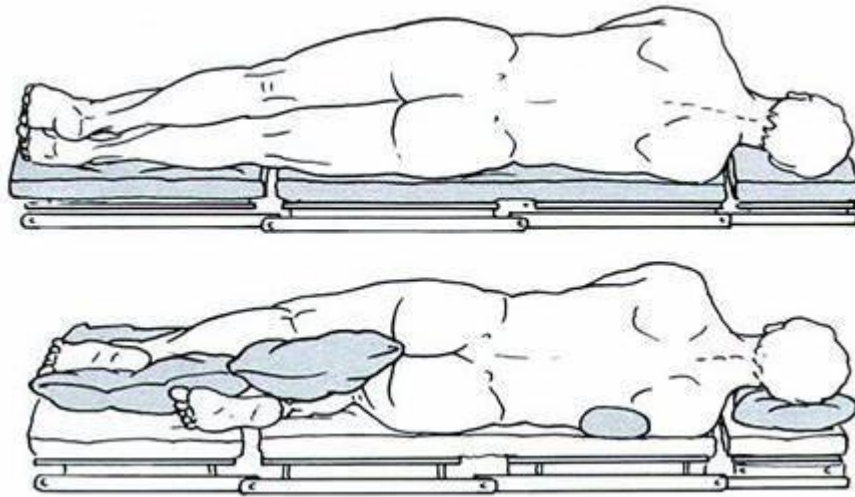
- La cabeza mirando hacia arriba en posición neutra alineada con el cuerpo.
- Evitar la hiperextensión de rodillas.
- Codos y manos en ligera flexión.
- Evitar rotación de trocánteres.

Decúbito Lateral Dorsal (Cómo realizar el cambio)

- Desplazar al paciente hacia el lateral de la cama contrario al decúbito deseado.
- Estirar el brazo hacia el lado que se va a girar y flexionar el otro sobre el pecho.
- Se flexiona la rodilla de la pierna que va a quedar por encima.
- Colocamos una mano sobre el hombro que quedará por encima y la otra en la rodilla flexionada y giramos al paciente en bloque, para mantener la alineación postural.
- Sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente hasta notar que la escápula queda plana (López, 2018).

Almohadas:

- Una bajo la cabeza
- Una en la espalda
- Otra entre las piernas desde la ingle hasta el pie
- Otra bajo el brazo superior



Precauciones:

- La espalda queda apoyada formando un ángulo de 30°
- Las piernas quedarán en ligera flexión
- Los pies formando ángulo recto con la pierna
- Las manos y brazos quedarán ligeramente flexionados

Sedestación en Silla o Sillón

- Espalda apoyada en el respaldo.
- Distribuir por igual el peso en ambas caderas.
- Caderas, rodillas y pies en flexión de 90°
- Evitar que los pies se cuelguen.
- Separar ligeramente las rodillas evitando el contacto de las prominencias óseas, si fuera necesario colocar una almohada entre las rodillas (López, 2018).



Anexos

Anexo 1: escala de Braden

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Anexo 2: escala de Norton

Escala de Norton					
Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:

- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**

Bibliografía

- Bonivento, E. R. R., Abril, E. M. G., Segovia, S. D. R. L., Chariguaman, W. P. A., & Domenech, L. F. C. (2021). Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. *Journal of American Health*, 4(2), 56-68.
- Cedeño, M. J. P., Larco, D. A. C., Suquillo, S. M. N., Moreira, M. C. S., Mazzini, M. A. R., & Suarez, M. B. M. (2023). Úlceras por presión, diagnóstico, prevención y tratamiento. Una revisión bibliográfica de actualidad. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1), 6.
- Duque-Ruelas, P., Romero-Quechol, G., & Martínez-Olivares, M. (2015). Competencias de enfermería para prevenir úlceras por presión. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 23(3), 163-9.
- López-Casanova, P., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., & Soldevilla-Agreda, J. (2018). Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. *Gerokomos*, 29(2), 92-99.
- Montañez, R. A. C., Umbarila, D. S. L., Rozo, J. L. T., Pinzón, L. C. B., Tuta, M. F. L., & Ramirez, V. M. (2024). Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 33(2), 124-135.
- Rodríguez Cruz, D. L., Hernández Landaverde, C., Cruz Núñez, F., & Lavoignet Acosta, B. J. (2020). Proceso enfermero aplicado a un paciente con úlceras por presión. *Vive Revista de Salud*, 3(9), 253-264. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432020000300014
- Torra-Bou, J., Verdú-Soriano, J., Sarabia-Lavín, R., Parás-Bravo, P., Soldevilla-Agreda, J. J., & García-Fernández, F. (2016). Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*, 27(4), 161-167. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007
- Villanueva Polo, F. M. (2021). Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre prevención de úlceras por presión en adulto mayor Hospital III Suarez Angamos, 2020.

CAPÍTULO VI

Sondaje vesical



Introducción

El sondaje urinario consiste en la introducción de una sonda a través del uréter hacia la vejiga urinaria, es realizado frecuentemente en los servicios hospitalarios y corresponde a un procedimiento invasivo en el que existe el riesgo de introducción de microorganismos patógenos a la vejiga, la mayoría de infecciones urinarias están asociadas con el manejo de las vías urinarias; el riesgo de adquirirlas aumenta con los siguientes factores: edad avanzada, enfermedad debilitante, postparto entre otras. Los mecanismos de contagio más comunes se dan por la transmisión cruzada, por el manejo inadecuado de la sonda, de hábitos de higiene, lavado de manos, técnicas de asepsia y antisepsia y el tiempo de prolongación de la sonda (Arcay & Ferro, 2019).

Como Instituto Médico de Especialidades Medibarra el objetivo es brindar una atención integral a cada uno de los usuarios, familia y la comunidad que demanda la institución, por lo cual la comunicación efectiva y la caracterización adecuada de la población que se beneficia con la prestación de sus servicios, es la base para la planeación de una atención específica que permita satisfacer las necesidades del usuario, su familia y la comunidad. Cuando se habla de una atención con enfoque diferencial se habla de enfoque diferencial es el reconocimiento de esas características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral.

Con el fin de estandarizar la realización de los procedimientos que se llevan a cabo en cada uno de los servicios del Instituto Médico de Especialidades Medibarra y, acatando las reglamentaciones exigidas por el ministerio de salud, en las cuales reglamenta y normaliza las instituciones prestadoras de salud de todo el país, se desarrolla el presente protocolo, a través de la legislación y prácticas seguras por las cuales se pretende (detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud) y llegar así a un proceso asistencial seguro (Suica, 2021).

Justificación

La seguridad del paciente, representa un desafío global para los sistemas de salud, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas que conjugan varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Es así, que el Profesional de Enfermería debe tener los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para desarrollar diversos procedimientos como parte de su desempeño laboral diario, el papel de la enfermera

será fundamental en la educación del paciente y su familia, ayudándole a resolver sus dudas y a afrontar la nueva situación (Arcay, 2019).

Alrededor del 10-15% de los pacientes hospitalizados requieren un sondaje vesical, siendo una técnica con un alto riesgo de provocar una infección urinaria, hasta un 80% de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas al catéter vesical. Además, el paciente con sonda vesical permanente y la persona que lo cuide, en caso de no ser autónomo, tendrá que aprender a realizar unos autocuidados de forma correcta, para evitar la aparición de complicaciones (infecciones, obstrucción de la sonda). Así mismo, el paciente tendrá que afrontar una serie de problemas psicosociales derivados de la nueva situación (Ramírez, 2020).

Por lo tanto, el presente protocolo de colocación de sonda vesical se desarrolla para estandarizar las acciones que se van a realizar para la inserción, mantenimiento y retirada de una sonda vesical, e incorporar evidencia científica de calidad. Teniendo en cuenta la seguridad del paciente como prioridad en los procesos, puesto que es la base de la atención sanitaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios, utilizando una técnica idónea en la instauración de una sonda vesical resulta de especial relevancia para la seguridad del paciente, evitar posibles complicaciones y disminuir los costos derivados de aumento de estancias en la hospitalización.

Objetivos

Objetivo General

Estandarizar acciones del personal de enfermería en pacientes con necesidad de inserción, mantenimiento y retiro de la sonda vesical, mediante la implementación de buenas prácticas de enfermería en los diferentes servicios del Instituto Médico de Especialidades Medibarra.

Objetivos Específicos

- Elaborar y difundir un protocolo de colocación de sonda vesical.
- Disminuir la variabilidad de la práctica del procedimiento colocación de sonda vesical.
- Garantizar los derechos de los usuarios en cuanto a seguridad, intimidad y confort.
- Prevenir la infección urinaria asociada a sondaje vesical

Responsable

- Médico tratante/residente
- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería (asistencia en procedimiento)

Frecuencia

Siempre que se realice el procedimiento de sondaje vesical en las diferentes áreas del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Este protocolo está dirigido a los profesionales de salud sean estos: enfermeras, auxiliares, médicos, tecnólogos en enfermería del Instituto Médico de Especialidades Medibarra, que orientará de forma correcta y eficaz de realizar el sondaje vesical en hombres y mujeres, con lo cual se pretende fomentar una cultura de seguridad y calidad para la atención del paciente mediante directrices de una correcta técnica de sondaje vesical.

Los profesionales que laboren en la institución deberán dar cumplimiento estricto al presente documento.

Definiciones

Asepsia: es un conjunto de procedimientos que tienen por objeto impedir la penetración de gérmenes en el sitio que no los contenga. Es un término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad.

Antisepsia: es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de antisépticos. Se define como el empleo de medicamentos o de sustancias químicas para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos.

Nelaton: o de cloruro de polivinilo es una sonda universal que se la utiliza para sondajes únicos o intermitentes, para extraer orina en caso de retención urinaria, realizar lavados vesicales en caso de infección, vejigas paralíticas, con fines diagnóstico, tomar muestras estériles y pacientes sin control de esfínter vesical.

Foley (látex): es la sonda que posee un balón, un conducto fino y una válvula que permite inflar este balón y hacer de auto contención en la vejiga. Es la más empleada cuándo se desea dejarla por un tiempo prolongado.

- De dos vías o una corriente; una vía permite la comunicación con la vejiga para extraer o administrar y la otra vía se utiliza para inflar el balón.
- De tres vías o de doble corriente: a la anterior se agrega una tercera vía que permite efectuar una irrigación continua y evitar que la sangre coagule y obstruya la sonda. Para administrar medicamentos en casos de infección urinaria o en caso de hematuria.

Sondaje intermitente: ya sea único o repetido en el tiempo, después de realizar el sondaje, se retira el catéter, su objeto es el drenaje de orina con fines diagnósticos o terapéuticos y se realiza cada vez que sea necesario. Es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que producen incontinencia por el mal vaciado de la vejiga.

Sondaje temporal: después de realizar el sondaje el paciente permanece un tiempo definido con el catéter, según prescripción médica. Sus objetivos son: vaciado de la vejiga en caso de retención de orina, obtención de una muestra de orina estéril y determinación de la cantidad de orina residual después de una micción.

Sondaje permanente: después de realizar el cateterismo, el paciente permanece indefinidamente con el catéter (con los recambios necesarios). Sus objetivos son: control de diuresis, cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía, prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga y proporción de una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga.

Parafimosis: es un prepucio que cubre al glande con un orificio pequeño, que se retrajo por detrás del glande (a la fuerza) y que forma un anillo que estrangula, por lo que favorece el edema (inflamación) del glande, que lo puede llevar a la isquemia (falta de circulación) o problemas más serios, regularmente causa dolor y se debe de tratar de urgencia su resolución.

Infección urinaria: se define como la presencia de síntomas y signos sugerentes asociado a invasión y multiplicación en la vía urinaria de organismos patógenos (especialmente bacterias). Estos microorganismos provienen mayormente de la región perineal (vía ascendente), aunque existen otras vías de infección menos frecuentes como la vía sistémica (hematógena) y la vía directa (cirugías urológicas, traumas abdominales)

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Cateterismo vesical: es la introducción de una sonda a través de la uretra hasta el interior de la vejiga con técnica estéril, con fines diagnósticos y terapéuticos.

Modo Operativo

Sondaje Vesical

Consiste en una técnica invasiva de la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para evacuar orina, también se puede acceder a la vejiga directamente puncionándola con un catéter especial a nivel suprapúbico, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos:

- Retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra.
- Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Control de la diuresis: control de la cantidad y características de la diuresis.
- Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.
- Recogida de muestras estériles.
- Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos (Ramírez, 2020).

Tipos de sondaje

Según el tiempo de permanencia del sondaje se distingue entre:

- Sondaje permanente de larga duración, con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.
- Sondaje permanente de corta duración, de iguales características que el anterior, pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas.
- El sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen

incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y, además del profesional sanitario, la/el paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio (Jiménez, 2019).

Tipos de sondas

Según su composición:

- **Látex:** de uso muy frecuente, sin embargo, las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona (siliconada). Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios).
- **Silicona:** Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.
- **Cloruro de polivinilo (PVC):** también conocidas como sondas de Nélaton. Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos (Jiménez, 2019).

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

- Mujeres: CH 14 y 16
- Varones: CH 16-18-20-22
- Pediátricos: CH 6-12

También hay diferencia en el caso de la longitud de la sonda en el sondaje intermitente o autosondaje: hombre 40 cm y mujer 20 cm.

Indicaciones

Cateterismo a corto plazo

- Cirugía en el tracto urinario o en las estructuras adyacentes.
- Cirugías mayores (cesáreas, laparotomías, histerectomías y otros).
- Drenaje de la vejiga durante y después de los procedimientos quirúrgicos que requieren anestesia.
- Retención urinaria aguda.
- Recolección de la muestra de orina no contaminada para análisis.
- Estudios de diagnóstico del tracto urinario inferior.
- Monitoreo de la producción de orina.
- Medición del volumen de orina residual postmiccional.
- Irrigación de la vejiga.

Cateterismo a largo plazo

- Vejiga neurogénica en pacientes con incapacidad de autocateterismo intermitente.
- Retención urinaria crónica.
- Incontinencia con ruptura de la piel.
- Como medida de comodidad para el paciente con enfermedad terminal o discapacidad grave con incontinencia (Tapia, 2022).

Contraindicaciones

- Conocimiento o sospecha de ruptura uretral como consecuencia de un traumatismo pélvico (sospechar si hay sangre en el meato uretral, un hematoma perineal o una próstata no palpable).
- Cirugía reconstructiva reciente de la uretra o la vejiga (manejo de médico urólogo).
- Obstrucción conocida del tracto urinario, como una estenosis uretral (contraindicación relativa, si hay capacidad de dilatar, manejo de médico urólogo).
- Un paciente combativo o no cooperativo (contraindicación relativa; sedación y analgesia, manejo de médico urólogo).
- Infección aguda de la próstata y / o la uretra.

- Alergias al material de la sonda o anestésicos locales (Ramírez, 2020).

Recomendaciones

- Cuidar la privacidad y la intimidad del paciente durante la realización del procedimiento.
- Maniobrar cuidadosamente el área genital, ya que, por la sensibilidad de estos tejidos, se puede desencadenar dolor fácilmente.
- Utilizar técnica aséptica rigurosa.
- Educar al paciente utilizando un lenguaje claro, sencillo y acorde con su nivel cultural, permitiendo expresar las dudas y temores, si su estado de conciencia lo permite, en caso que no se encuentre consciente y tiene un acompañante, explicarle a éste el procedimiento a realizar. Al finalizar la educación, asegúrese de que las recomendaciones brindadas hayan sido realmente comprendidas.
- Valorar los indicadores de infección urinaria como aumento de la temperatura corporal, escalofríos, orina turbia y mal oliente, hematuria, entre otros.
- Vigilar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda.
- Cambiar cada 21 días la sonda vesical foley y bolsa colectora (cistoflo), o de acuerdo a criterio médico por razones necesarias.
- Si el paciente no tiene restricción de líquidos, recomendar el aumento en el consumo de líquidos y de alimentos ricos en vitamina C, con el fin de disminuir el riesgo de infección (Ramírez, 2020).

Riesgos del procedimiento

- Creación de una falsa vía por traumatismo en la mucosa uretral.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la sonda.
- Presencia de hematuria posterior al sondaje.

Medidas para evitar infecciones asociadas a la colocación de sonda vesical

Entre las medidas para evitar las infecciones que deben considerarse al pasar una sonda vesical están:

- Asegurar que únicamente el personal entrenado sea el responsable de la inserción, retiro y educación del paciente.

- Tener un riguroso cuidado con la técnica aséptica para el lavado de manos, preparación del equipo para el paso de la sonda, controlando en todo momento la esterilidad, para evitar la colonización de los microorganismos.
- Utilizar sistemas cerrados para las bolsas de drenaje (cistoflo).
- Elegir la sonda adecuada de acuerdo con la condición de cada paciente, si es niño (6-12), mujer (14-16) y hombre (16-22).
- Lubricar el catéter y la uretra del paciente.
- No forzar el paso de la sonda (realizar máximo dos intentos, si no es posible el paso de la sonda retirar inmediatamente y avisar al médico tratante).
- Retirar completamente el jabón antiséptico utilizado para la asepsia del área genital tanto en hombres como en mujeres.
- El catéter urinario debe ser usado únicamente en casos necesarios y el tiempo debe ser limitado según las necesidades de cada paciente.
- Colocar la bolsa de drenaje (cistoflo) siempre por debajo del nivel de la cintura del paciente para evitar reflujo (infecciones) y facilitar la salida de la orina.
- Evitar halar o retirar forzada de la sonda para evitar traumatismos.
- El vaciamiento del cistoflo debe realizarse a través de la válvula de salida, evitando que se contamine por el contacto con el recipiente de recolección o con el piso. Si esto sucede debe cambiarse.
- Educar al paciente y familiar sobre el lavado que se debe hacer diariamente en el sitio de inserción de la sonda para reducir la colonización de microorganismos (Galego, 2018).

Equipamiento Necesario

- Charol de procedimientos
- 1 sonda Foley del calibre adecuado
- Campo de ojo
- Bolsa de recolección estéril con tubo conector (cistoflo)
- Gluconato de clorhexidina jabonosa al 2%
- Roxicaina jalea (lubricante)
- Riñonera
- 2 jeringa de 10 cc.
- Guantes estériles
- Gasas estériles

- Guantes de manejo
- Algodón / alcohol pad
- Solución fisiológica
- Esparadrapos
- Marcador permanente

Descripción del Procedimiento

Preparación previa

- Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento.
- Respetar la intimidad del paciente y guardar confidencialidad de sus datos.
- Identificar e informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento que se va a realizar y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores.
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.
- Identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.
- Comprobar las alergias del paciente.
- Indagar mediante una entrevista con el usuario y/o familia la existencia de alteraciones anatómicas que habrían podido dificultar el procedimiento.

Higiene genitourinaria

- Reunir el material necesario,
- Lavado de manos siguiendo el protocolo
- Proceder a la preparación del paciente.

Sondaje vesical en hombres

1. Explicar al paciente lo que se le va a realizar.

Técnica no estéril:

2. Colocar al paciente en decúbito supino.
3. Lavado de manos y colocación de guantes de manejo.
4. Lavado de genitales con gluconato de clorhexidina jabonosa al 2% y aclarado con suero fisiológico o agua estéril.
5. Secado de zona (gasa estéril).

6. Ayudar/circular a la persona que realiza la técnica.

Técnica estéril:

7. Lavado de manos.
8. Colocación de guantes estériles.
9. Preparación de campo estéril y material.
10. Conectar el catéter al sistema colector.
11. Sujetar el pene con una gasa y ponerlo en posición vertical.
12. Lubricar uretra y el catéter abundantemente.
13. Ejerciendo una pequeña tracción introducir el catéter suavemente, no forzar, pues se puede provocar una falsa vía.
14. Una vez introducido el catéter en la vejiga, se llenará el balón con 10 ml (depende del calibre de la sonda vesical) de agua estéril.
15. Regresar el prepucio a su posición con el fin de evitar parafimosis.
16. La bolsa colectora quedara fijada en el soporte.
17. Anotar fecha, hora y responsable de la técnica realizada (Galego, 2018).

Sondaje vesical en la mujer

1. Explicar a la paciente lo que se le va a realizar.

Técnica no estéril

2. Colocar a la paciente en decúbito supino con piernas separadas.
3. Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
4. Lavado de genitales con gluconato de clorhexidina jabonosa al 2% y aclarado con suero fisiológico.
5. Secado de zona (gasa estéril).
6. Separación de labios cuando sea preciso, con gasas estériles.
7. Ayudar/circular a la persona que realiza la técnica.

Técnica estéril.

8. Lavado de manos.
9. Colocación de guantes estériles.
10. Preparación de campo estéril y material.
11. Conectar el catéter al sistema colector.
12. Lubricar la sonda abundantemente.

13. Separar los labios con ayuda de la persona no estéril dejando al descubierto el meato urinario
14. Realizar limpieza de zona genital antes de introducir el catéter (de arriba hacia abajo con gasas estériles).
15. Introducir el catéter suavemente, no forzar, pues se puede provocar una falsa vía.
16. Una vez introducido el catéter en la vejiga, se llenará el balón con 10 ml. de agua estéril y tirar suavemente del catéter hasta que el balón apoye sobre el esfínter.
17. La bolsa colectora quedara fijada en el soporte.
18. Anotar fecha, hora y responsable de la técnica realizada (Tenelema, 2023).

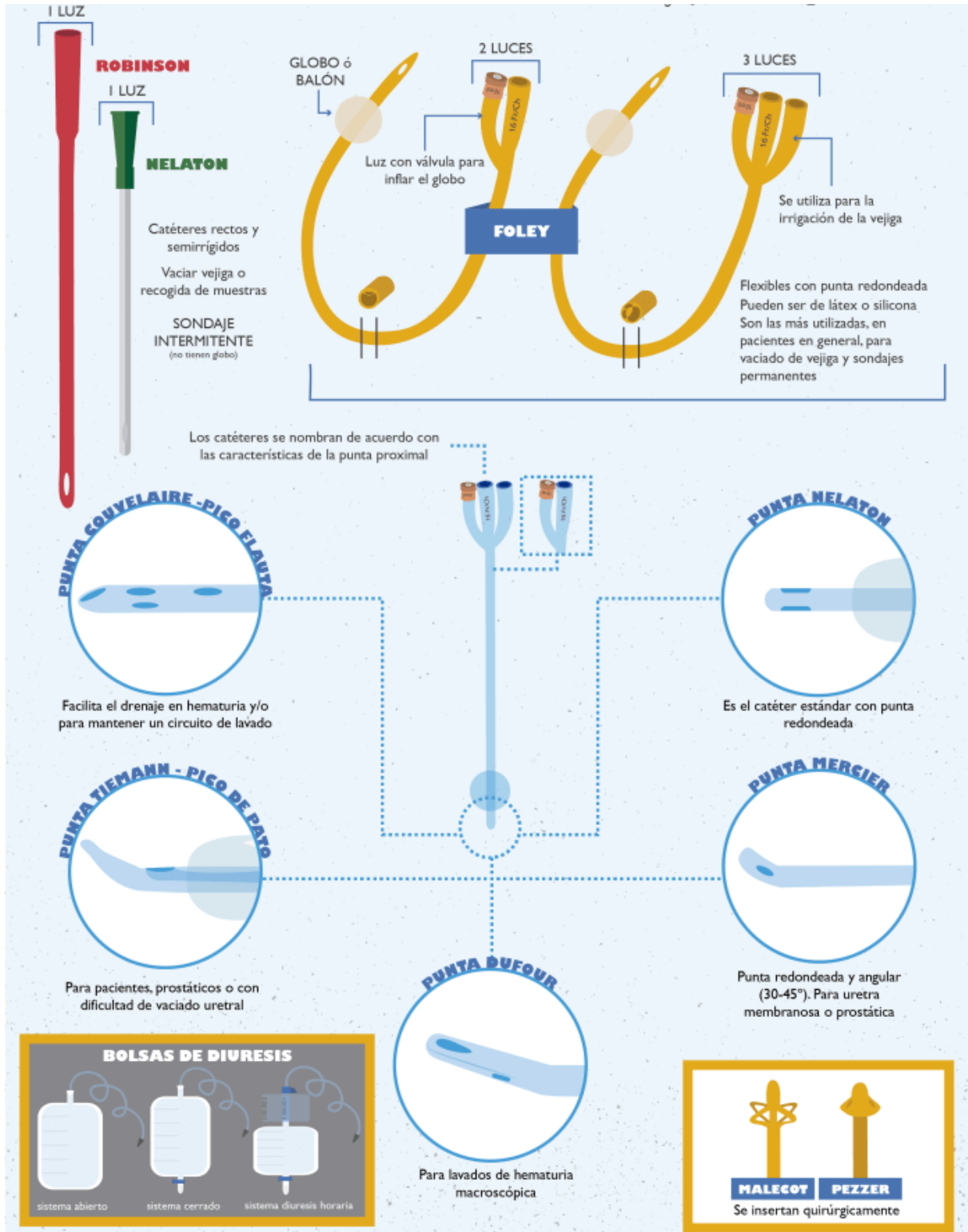
Cuidados de enfermería

- Mantener la bolsa de drenaje (cistoflo) por debajo del nivel de la vejiga del paciente para evitar reflujo.
- Descartar acodaduras de la sonda o el tubo recolector.
- No desconectar la unión sonda, tubo y bolsa colectora.
- Realizar el vaciado de la bolsa a través de la válvula de salida, evitando que esta se contamine por el contacto del recipiente de recogida o con el suelo.
- Observar si hay rupturas en la bolsa recolectora, acumulación de sedimentos o presencia de olor desagradable de la orina.
- Se debe realizar el aseo en el área genital durante el baño. Este debe hacerlo con agua y jabón, verificando que el sitio de inserción siempre este limpio y garantizando un buen secado y que esta área quede libre de humedad. Si es en el hombre, tener en cuenta en el momento de realizarse el aseo bajar el prepucio, asearlo de una manera adecuada y regresarlo a su posición normal.
- Si el estado de conciencia del paciente lo permite Informar sobre los signos de alarma: disuria, polaquiuria, dolor lumbar con, fiebre, hematuria, alteraciones en el color y olor de la orina entre otros.
- Explicar cómo se debe realizar el lavado de las manos, las cuales deben lavarse antes y después de manipular la sonda y/o la bolsa colectora (cistoflo).
- Evitar tirones que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema.
- No dejar acumular orina por mucho tiempo, vaciar con regularidad el cistoflo cada 4 a 6 horas o cada vez que este se llene $\frac{3}{4}$ partes empleando guantes de manejo.

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda (Jiménez, 2019).

Anexos

Anexo 1: Sondaje vesical – especificación



Anexo 2: Generalidades – sonda vesical

Lo que debes saber sobre el
SONDAJE VESICAL

EFWERTIERMACREATIVA.COM @CREATIVE_NURSE

¿EN QUÉ CONSISTE?

Técnica invasiva que consiste en introducir una sonda a través del meato urinario hasta la vejiga

¿CUÁNDO CAMBIAR LA SONDA?

Cuando existan problemas mecánicos como obstrucción, incrustaciones o drenaje escaso

En función del material de la sonda:

LÁTEX	PVC	SILICONA
1 SEMANA	2 SEMANAS	30 DÍAS

⚠ Consultar las recomendaciones del fabricante

TIPOS DE TÉCNICA

Técnicas de inserción del catéter según la EAUN (European Association of Urology Nurses)

ESTÉRIL

La usada en quirófano

ASÉPTICA

La usada por personal sanitario

LIMPIA

La usada por paciente o cuidador en domicilio

CÓMO TOMAR MUESTRAS

Se obtienen mediante técnica aséptica

Para volúmenes pequeños utilizar la válvula

Desinfectar la válvula y aspirar con jeringa estéril

Los urocultivos **NO** deben ser recogidos de la BOLSA

Enviar al laboratorio la muestra recogida lo antes posible, si no es posible conservar en nevera a 4°C

CONSERVAR A 4°C

CONTRAINDICACIONES

- Cuando existen heridas en uretra asociada a trauma pélvico
- Sospecha rotura uretral
- Prostatitis aguda
- Presencia de sangre en meato o hematuria franca asociada a trauma
- Estenosis uretral
- Cirugía reciente del tracto urinario

TIPOS DE SONDAJE

de **larga** duración
>30 días

SONDAJE PERMANENTE

de **corta** duración
<30 días

SONDAJE INTERMITENTE O EVACUADOR

El catéter se retira una vez vaciada la vejiga

TIPOS DE DRENAJE

SISTEMA DE DRENAJE CERRADO

SISTEMA DE DRENAJE ABIERTO

CAMBIO DE BOLSA

¿Cuándo se cambia la bolsa?

- Desconexión accidental sonda-bolsa
- Rotura o fugas
- Acumulación de sedimento
- Olor desagradable

Escanea este código para descubrir los tipos de punta de sondas vesicales

FUENTE: Abadío Ortega, I., Rosado Ribón, B., Saracho González, J.C., Arias Gómez, E., Gómez Prieto, Y., Magaña Echeverría, A., Aguirre Fariñas, E. (2011) Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. Enferm, 126, 4-15.
ABASOLO OTEGA, I., ROSADO RIBÓN, B., SARACHO GONZÁLEZ, J.C., ARIAS GÓMEZ, E., GÓMEZ PRIETO, Y., MAGAÑA ECHEVERRÍA, A., AGUIRRE FARIÑAS, E. (2011) Revisión del protocolo del sondaje vesical. (7ª parte) Enferm, 126, 15-16.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



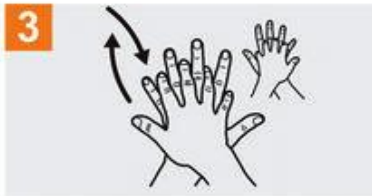
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



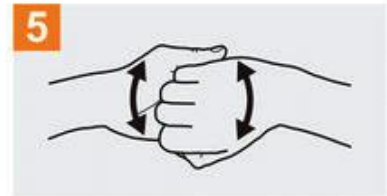
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



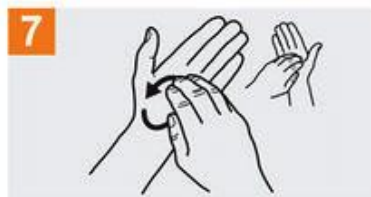
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



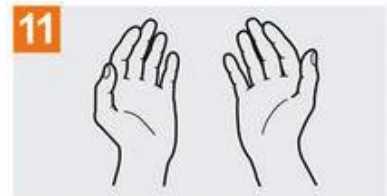
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Bibliografía

- Arcay, E., & Ferro, A. (2019). Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA, 7 - 14.
- Galego, S. (2018). Procedimiento de sondaje vesical. Obtenido de FEMORA: <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Procedemento-da-sondaxe-vesical--Home?idioma=es>
- Jiménez, I. (2019). PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL. BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index , 22-25.
- Ramírez, J. (2020). Cateterismo vesical. Urgencias y UCRI SURA, 10-13.
- Suica, M. (2021). PROTOCOLO DE COLOCACION DE SONDAS VESICALES. HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E Y SU RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, 15-21.
- Tapia, S. (2022). Cuidados de enfermería en el sondaje vesical y las infecciones del tracto urinario en pacientes con cáncer de próstata clínica detecta. Lima.
- Tenelema, M. (2023). Cuidados de enfermería en pacientes con sonda vesical hospitalizados en unidad de cuidados intensivos.

CAPÍTULO VII

Movilización/transporte de paciente



Introducción

Uno de los aspectos más delicados de la atención y el cuidado de los pacientes con dependencia, es su movilidad. Por un lado, es fundamental para la salud de la persona con dependencia por el importante riesgo que supone la inmovilidad a nivel de las articulaciones, la piel, la circulación e incluso la digestión y respiración. Por otro lado, es necesario realizar estas movilizaciones correctamente para garantizar el bienestar de la persona que está cuidando.

La movilización de pacientes es un cuidado que se realiza diariamente por el personal de salud de las instituciones públicas y privadas, en cualquier parte del mundo. Hace parte de los cuidados de enfermería en pacientes con lesiones neuromusculares que dependen parcial o totalmente de la asistencia, para suplir sus necesidades básicas y busca brindarle al paciente la comodidad, confort, prevención de úlceras por presión y trato humanizado.

En casos especiales los familiares se convierten en cuidadores de estos pacientes y por ende este cuidado se convierte en parte de su cotidianidad. Debido a que en esta intervención se pueden presentar complicaciones por mal manejo, técnica u omisión. La complicación más recurrente en la transferencia de pacientes son las caídas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

Justificación

Según la OMS, las caídas son un grave problema mundial de salud pública. Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años.

La movilización temprana del paciente es esencial para prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad, tales como úlceras por presión, trombosis venosa profunda y atelectasia pulmonar. La movilización activa contribuye a la mejora de la circulación sanguínea, la respiración y la salud general del paciente. Al cambiar de posición al paciente y realizar movilización asistida, se mejora la ventilación pulmonar y la circulación sanguínea, lo que puede ayudar a prevenir infecciones respiratorias y mejorar la oxigenación de los tejidos.

Así como también, tras una intervención quirúrgica, la movilización ayuda a la recuperación de la fuerza muscular y la movilidad articular, acelerando la rehabilitación del paciente y reduciendo la probabilidad de complicaciones postoperatorias. El movimiento favorece la activación de los músculos, lo que contribuye a evitar la pérdida de masa muscular y mantener la movilidad articular, especialmente en pacientes con condiciones de larga estancia en cama o reposo prolongado.

La movilización del paciente también tiene un impacto positivo en su bienestar emocional. El cambio de posición y el aumento de la actividad pueden contribuir a reducir el riesgo de depresión y ansiedad asociada con la inmovilidad y la hospitalización prolongada. Además, permite evaluar la respuesta del paciente al esfuerzo físico, lo que puede ser crucial para ajustar planes de rehabilitación o determinar necesidades de atención adicional.

Además, de que es fundamental para promover una recuperación adecuada, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y optimizar los procesos de rehabilitación. Esta medida debe ser realizada de manera gradual y siempre considerando las condiciones y limitaciones específicas del paciente.

Objetivos

Objetivo General

Favorecer la comodidad del paciente y evitar lesiones en el personal de salud estimulando los movimientos activos voluntarios

Objetivos Específicos

- Movilizar a los pacientes que requieren ayuda total o parcial disminuyendo el riesgo de deformidades y caídas.
- Conocer el manejo de los dispositivos de ayuda para la movilización
- Mantener la máxima funcionalidad del paciente

Responsable

- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Tecnólogos/técnicos en enfermería
- Personal de mensajería

Frecuencia

Siempre que se realice la movilización/transporte de pacientes en las diferentes áreas del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

Este protocolo está dirigido a los profesionales de salud sean estos enfermeras, auxiliares, médicos, tecnólogos en enfermería de la Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra, con lo cual se pretende fomentar una cultura de seguridad para la atención del paciente mediante directrices de una correcta movilización y traslado del paciente.

Los profesionales que laboren en el Instituto Médico de Especialidades MED Ibarra deberán dar cumplimiento estricto al presente documento.

Definiciones

Sedestación: es la posición en la que una persona se mantiene sentada, y es especialmente importante en el desarrollo infantil. La sedestación también implica mantener la verticalidad mediante el apoyo de la pelvis, se considera que esta posición debe realizarse con la espalda recta y las rodillas y caderas flexionadas en un ángulo de 90°.

Bipedestación: es la posición que adopta aquel que se encuentra de pie, es la capacidad que tiene el ser humano de mantenerse de pie sobre los miembros inferiores.

Movilizar supone cambiar la posición de una persona sobre una misma superficie, por ejemplo, para evitar las úlceras y escaras, para evitar incomodidades.

Realizar transferencias consiste en desplazar la persona de una superficie o lugar a otro (por ejemplo, de silla de ruedas a sofá, de la cama a la silla de ruedas, de silla de ruedas a urinario).

- Es fundamental realizar los mismos de una forma correcta y adecuada para no producirse ninguna lesión.
- Es importante aprender a realizar correctamente las movilizaciones y transferencias, ya que en caso contrario se puede provocar lesiones en la persona con dependencia, pero también se corre el riesgo de dañar el propio cuerpo.

Modo Operativo

La movilización del paciente es una intervención fundamental en el ámbito de la salud que tiene una gran importancia en diversas áreas del cuidado del paciente. A continuación, se detallan las razones clave por las cuales es crucial movilizar al paciente, tanto en entornos hospitalarios como en atención domiciliaria o en rehabilitación:

Prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad

- **Úlceras por presión:** Mantener al paciente en una posición prolongada sin moverse aumenta el riesgo de desarrollar úlceras por presión, también conocidas como escaras. La movilización frecuente y el cambio de posición ayudan a redistribuir la presión en la piel y los tejidos subyacentes, reduciendo este riesgo.
- **Trombosis venosa profunda (TVP):** La inmovilidad prolongada puede llevar a la formación de coágulos sanguíneos, especialmente en las piernas. La movilización activa y el movimiento de las extremidades mejoran la circulación sanguínea y disminuyen la posibilidad de que se formen coágulos.
- **Atelectasia pulmonar:** La falta de movimiento puede llevar a la acumulación de secreciones en los pulmones, lo que aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, la movilización ayuda a expandir los pulmones y favorece la eliminación de secreciones, mejorando la función respiratoria.

Mejora de la circulación sanguínea y respiratoria

- **Circulación sanguínea:** Al mover al paciente y permitir que se cambien de posición, la circulación sanguínea se estimula, lo que contribuye a un mejor suministro de oxígeno y nutrientes a los órganos y tejidos. Esto es fundamental para mantener la salud general del paciente.
- **Función respiratoria:** La movilización favorece una mejor ventilación de los pulmones, previniendo complicaciones respiratorias como la neumonía y mejorando la oxigenación sanguínea, lo cual es esencial para la recuperación del paciente.

Promoción de la recuperación postquirúrgica o postraumática

Tras una cirugía o lesión, la movilización es clave para recuperar la fuerza muscular y la función articular. La movilización temprana puede acelerar la rehabilitación, reducir el dolor y la rigidez, y mejorar la movilidad general.

La actividad física controlada también contribuye a reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la cirugía, como la trombosis o la infecciones.

Estimulación del sistema musculoesquelético

La inmovilidad prolongada puede llevar a la atrofia muscular (pérdida de masa muscular) y a la rigidez de las articulaciones. La movilización regular ayuda a mantener la masa muscular, mejora la flexibilidad y previene la rigidez articular.

La movilización activa o pasiva también favorece la integración de los sistemas musculares y óseos, ayudando a mantener la funcionalidad y la independencia del paciente.

Beneficios psicológicos y emocionales

La inmovilidad prolongada puede contribuir a la depresión, ansiedad y estrés en pacientes, especialmente aquellos que se sienten aislados o incapaces de realizar sus actividades cotidianas.

La movilización, al permitir que los pacientes cambien de ambiente, interactúen con otros y realicen pequeñas actividades, tiene un impacto positivo en su bienestar emocional y mental.

Mejor adaptación a la rehabilitación

La movilización es esencial para evaluar la tolerancia del paciente al esfuerzo físico y permitir una planificación adecuada de la rehabilitación. A medida que el paciente mejora, puede incrementarse la intensidad y la duración de las movilizaciones.

Además, la movilización temprana es importante en la recuperación de pacientes con enfermedades neurológicas o musculoesqueléticas, pues facilita la rehabilitación funcional.

Reducción de la estancia hospitalaria

Al movilizar a los pacientes y prevenir complicaciones, se pueden acelerar los tiempos de recuperación, lo que puede resultar en una estancia hospitalaria más corta.

Esto no solo es beneficioso para el paciente, sino que también reduce los costos para el sistema de salud.

Mejora en la calidad de vida

La capacidad de moverse, incluso de forma limitada, mejora la calidad de vida del paciente al permitirle realizar actividades diarias de forma independiente o con mayor autonomía. La movilización también contribuye al bienestar físico y emocional general.

La movilización del paciente es una práctica esencial para garantizar una recuperación adecuada, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. A través de la movilización, se optimizan los procesos de recuperación física y mental, se estimulan los sistemas corporales y se favorece el bienestar general del paciente. Su importancia va más allá de la simple actividad física, siendo un pilar fundamental para el cuidado integral del paciente.

Pautas generales para realizar movilizaciones y transferencias

Para que cualquier movilización o transferencia resulte más fácil y se eviten lesiones hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Antes de realizar la movilización o transferencia confirme que es la adecuada y no está contraindicada.
- Conocer las capacidades y el grado de colaboración de la persona que vamos a movilizar o transferir
- Antes de realizar cualquier movilización o transferencia es imprescindible informar a la persona de la maniobra que se va a realizar y de sus pasos y pedir su colaboración activa (incluso en los casos más graves, ya que esto evitará en muchos casos que opongan resistencia).
- Frenar la cama o la silla de ruedas antes de realizar la movilización o transferencia.
- A la hora de realizar transferencias en las que movamos el tronco de la persona con dependencia, tendremos en cuenta que mire hacia el pecho, con el fin de flexionar el cuello y no provocar ninguna lesión
- En los agarres debemos buscar el mayor contacto de la palma de la mano, evitando hacer demasiada presión con nuestros dedos (no deben estar en garra) y hacerle daño.

- Existen ayudas técnicas para hacer que las transferencias sean más cómodas: tablas y rodillo. En muchos casos, el uso de una ayuda técnica disminuye considerablemente el esfuerzo de la persona cuidadora, mejorando así la transferencia.
- Realizar las maniobras a una velocidad adecuada, evitando realizarlas de forma brusca.

Al realizar las movilizaciones o transferencias, diferenciamos tres grados de ayuda:

- Con supervisión: La persona puede realizar el movimiento, pero requiere de cierto apoyo o control porque tiene problemas a la hora de planificar o requiere ayudas físicas puntuales.
- Con ayuda física parcial: La persona puede realizar parte del movimiento, pero requiere ayuda física puntual para completarla.
- Con sustitución máxima: La persona requiere de ayuda para realizar la maniobra. En función de la complejidad o esfuerzo que requiera, podrá ser realizada por una o dos personas

Equipamiento necesario

- Sabanas de movilización
- Sillones
- Silla de ruedas
- Tabla
- Rodillo
- Camilla

Descripción del procedimiento

Movilización

- a) De boca arriba a de lado (de cubito supino a lateral).

Con supervisión

Informar al paciente que debe flexionar o doblar la rodilla contraria a la que va a realizar el giro, para facilitar esta movilización el paciente puede sujetarse con los

brazos al borde de la cama para poder girar. Si no puede sujetarse al borde de la cama, el personal de salud le puede ayudar a cogerse de las manos y con los brazos extendidos dejar caerlos al tiempo que gira la cabeza y se empuja con el pie flexionado. De esta manera el peso de los brazos y de la pierna flexionada facilitará el giro.



Con ayuda física parcial

Lo habitual es que el paciente solo necesite cierta ayuda para la flexión de la pierna, o para girar el tronco, siempre sujetándole por el hombro.

Con sustitución máxima

Es importante que por seguridad el personal de salud se ubique en el lado hacia el que se va a girar al paciente, de esta forma se evitarán posibles caídas. Iniciamos la movilización flexionando el brazo más cercano al personal de salud y apoyar al lado de la cabeza del paciente. A continuación, se flexiona la rodilla de la pierna que está más lejana al personal de salud. Sujetando con una mano la rodilla flexionada y con la otra la espalda del paciente a la altura del hombro, para realizar un movimiento coordinado y girar colocándolo de lado (Moreno , Gutiérrez , & Figueredo, 2019).



b) Incorporarse hasta sentarse en la cama.

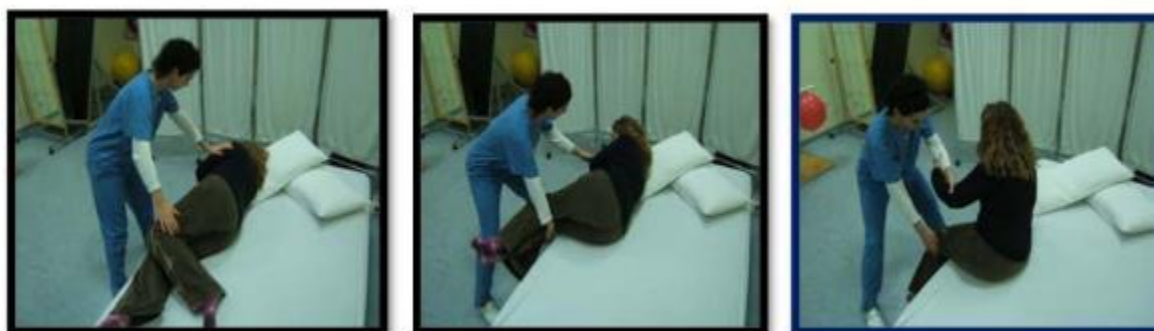
Con supervisión

Lo primero que debemos indicar al paciente que es importante que se coloque de lado en la cama. Una vez en esta postura, se le indicará bajar las piernas de la cama y a continuación a subir el cuerpo empujando con los brazos hacia arriba.



Con ayuda física parcial

Habitualmente el personal de salud ayudará a bajar las piernas fuera de la cama. Además, le ayudaremos a incorporarse, le podemos sujetar de un brazo mientras el paciente se impulsa apoyando el otro brazo en la cama. Para que sea más sencillo, se indicará que flexione la cabeza, ya que esto le ayudará a flexionar el tronco.



Con sustitución máxima

Para realizar esta movilización el paciente debe situarse en la cama en decúbito supino con las piernas flexionadas. El personal de salud, con un brazo sujetará las piernas del paciente por detrás de las rodillas y con el otro brazo le sujetará del tronco, no del cuello, de manera que la cabeza del paciente quede apoyada en nuestro antebrazo. Es importante recordar que el personal de salud mantenga las rodillas flexionadas para no dañar su espalda.

Luego sacaremos las piernas fuera de la cama, y con un movimiento coordinado le sentaremos subiéndole el tronco al mismo tiempo que bajamos las piernas.



c) Sentarse bien

Sentarse bien es muy importante, sobre todo si el paciente pasa mucho tiempo sentado en una misma posición.

Con supervisión

Para conseguirlo, indicamos al paciente que incline el tronco hacia delante e impulsándose con los brazos en el apoyabrazos, que se deslice hacia atrás hasta alcanzar el respaldo de la silla.



Con ayuda física parcial

Esta movilización se puede realizar de dos formas, colocándonos delante o detrás de la silla del paciente que hay que movilizar. Si el paciente es capaz de levantarse con la fuerza de sus brazos, el personal de salud se colocará detrás de la silla, y mantendrá sus manos a la altura de la pelvis. Solicitándole la paciente que se sujete en el apoyabrazos e incline el tronco hacia delante y que se levante suavemente.

Aprovecharemos el momento para empujarle hacia atrás de la silla. Si nos situamos delante la silla, podemos hacer el movimiento empujándole de las rodillas.



Con sustitución máxima

Si necesita ayuda total porque el paciente no puede levantarse, nos colocamos detrás de la silla, le pediremos que cruce los brazos sobre el abdomen y pasando nuestros brazos por debajo de sus axilas y por encima de sus brazos, inclinaremos hacia delante su tronco y realizamos un solo movimiento hacia detrás y hacia arriba. Este movimiento requiere cierta fuerza, así que para no dañar nuestra espalda es importante que coloquemos una pierna más atrás para pasar el peso de la pierna de delante a la de atrás.



Transferencias

- a) Levantarse / de sedestación a bipedestación.

A veces puede resultar difícil que el paciente se ponga de pie al primer intento, ya sea por falta de equilibrio o debilidad muscular. En todo caso, cuando cuesta levantarse es importante que los asientos, cama, sillas, etc. sean firmes y no muy bajos.

Con supervisión

Le pediremos al paciente que coloque los pies separados y ligeramente por detrás de las rodillas. A continuación, le pedimos que incline el tronco un poco hacia delante para llevar el peso a las piernas. Puede ayudarse si extiende los brazos hacia

adelante o empujándose con ellos y se levantará realizando un movimiento hacia arriba y hacia delante.



Con ayuda física parcial

Nos colocaremos en el lado más débil, con una pierna le bloquearemos la rodilla para que no se resbale o se flexione, y le agarraremos del brazo por el codo y el hombro. Una vez sujeta la persona, realizaremos un movimiento coordinado entre ambos para que hagamos la fuerza al mismo tiempo.



Otra alternativa es sujetar con una mano el brazo y con la otra la prenda inferior (falda, pantalón) y así ayudar a la persona a levantarse.



Con sustitución máxima

Cuando el paciente no puede colaborar, el personal de salud se colocará delante del paciente. Con nuestras rodillas sujetamos las rodillas del paciente para que no se deslicen hacia delante a la hora de realizar la transferencia. El personal de salud colocará sus piernas separadas y flexionadas, la espalda recta para evitar riesgos. Le pedimos al paciente que coloque sus brazos en nuestra espalda. Colocamos nuestras manos a la altura de sus glúteos, primero inclinamos hacia delante su tronco (en nuestra dirección) y luego levantaremos al paciente con la ayuda de las manos, sujetando las rodillas.



b) Sentarse / de bipedestación a sedestación.

Con supervisión

Muchas veces los pacientes se dejan caer en la silla, pero esto puede ser peligroso si el paciente no ha calculado bien la distancia o si la silla se desliza, para ello le indicaremos que se sitúe completamente de espaldas a la silla hasta que la parte trasera de las rodillas toque la silla. Con la referencia de la silla en las rodillas y apoyando las manos en los apoyabrazos o en la silla debe inclinar levemente el tronco hacia delante y sentarse despacio.



Con ayuda física parcial

Si el paciente necesita ayuda, se hace la transferencia inversa que cuando ayudamos a levantarse: bloquear rodilla, agarrar del brazo, para frenar la bajada. Otra alternativa es situarnos detrás de la silla, bloqueando con nuestras piernas las patas traseras de la silla. Le sujetamos de la parte trasera de la cintura del pantalón y le ayudaremos a sentarse



Con sustitución máxima

Nos colocamos frente al paciente y con nuestras rodillas sujetamos las rodillas del paciente. Los brazos del paciente colocamos en sobre nuestros hombros, sujetaremos al paciente por los glúteos. Iremos bajando poco a poco y para que podamos controlar el movimiento, inclinaremos su tronco hacia delante, en nuestra dirección. Sin quitar el apoyo de las rodillas, vamos bajando. En esta transferencia conviene recordar que nuestra espalda estará siempre recta y nuestras rodillas flexionadas para evitar daños y mantener el equilibrio.



c) De silla a silla o de silla a cama y viceversa

Esta transferencia se realiza sobre todo cuando el paciente no es capaz de ponerse en pie. Si vamos a realizar la transferencia de una silla a otra silla, colocaremos las sillas formando un ángulo de 90° y si vamos a realizar la transferencia de silla a cama (o viceversa), colocaremos la silla paralela a cama. Es importante recordar que, en estos casos, la silla debe estar siempre bien frenada.

Con supervisión

La silla se colocará junto a la cama bajando los barandales y al mismo nivel. Debemos indicarle al paciente que sitúe un brazo apoyado en la cama y el otro en la silla, y le ayudaremos a realizar un impulso, deslizando de la silla a la cama, sin que se tenga que ponerse de pie.



Con ayuda física parcial

Si necesita una ayuda para trasladarse, nos colocamos delante, sujetando las rodillas. Le sujetamos de la cintura para ayudarle a hacer la transferencia mientras el paciente se impulsa a la vez con sus brazos.



También nos podemos colocar detrás, si el espacio lo permite, subiéndonos a la cama para realizar mejor la transferencia.



Con sustitución máxima

Antes de realizar la transferencia del paciente, intentaremos que las dos superficies tengan aproximadamente la misma altura (cama y silla o silla y silla) o que la superficie donde está sentado el paciente quede más alta que donde se va a sentar, ya que la transferencia será más sencilla. Colocaremos al paciente con la pierna más fuerte en el lado de la cama/silla donde se vaya a sentar, para que pueda apoyar el peso sobre esa pierna. Sujetaremos las rodillas del paciente con las nuestras y le pediremos que rodee con sus brazos nuestra espalda.

Nosotros le sujetaremos por los glúteos y realizaremos la transferencia, primero inclinaremos su tronco hacia nosotros y en cuanto se levante un poco el glúteo lo giraremos hasta sentar al paciente en la otra superficie. Es importante recordar que siempre hay que realizar el giro acompañando el movimiento con el giro de los miembros inferiores también (Florez, Jurado, Luque, & Romero, 2018).



Bibliografía

- Florez, C., Jurado, L., Luque, A., & Romero, A. (2018). Movilización de paciente. *Procedimientos generales de enfermería*, 72-83.
- Moreno , J., Gutiérrez , J., & Figueredo, D. (2019). *Movilización segura de pacientes: Revisión de tema*. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga .

CAPÍTULO VIII

Transporte de material estéril



Introducción

La Central de Esterilización radica en su capacidad para prevenir infecciones adquiridas. A través del manual de esterilización diseñado específicamente para el Instituto Médico de Especialidades, se busca informar al personal de salud sobre los protocolos y procedimientos necesarios para prevenir las infecciones nosocomiales tanto dentro de la Central de Esterilización como en el transporte del material estéril.

Este manual proporciona normas y directrices detalladas que orientan al personal sobre los pasos a seguir en el transporte de material estéril. Se prevé como prioridad garantizar el transporte adecuado de material estéril, lo cual es esencial para brindar una atención médica segura y de calidad a los pacientes. Es fundamental que todo el personal esté completamente consciente de la información y las prácticas descritas en el presente manual.

Esto asegura que se sigan los procedimientos adecuados en todo momento, lo que a su vez contribuye a la prevención de infecciones y a la promoción de un entorno hospitalario seguro. La Central de Esterilización también desempeña un papel importante en la recolección, recepción y distribución de los objetos y equipos utilizados durante la atención al paciente dentro de la institución. Esto implica un manejo adecuado de los materiales, garantizando que estén debidamente limpios, esterilizados y almacenados de manera segura antes de su distribución y transporte (MSP, 2016).

Justificación

El protocolo de transporte de material estéril del Instituto Médico de Especialidades se justifica por varias razones fundamentales. En primer lugar, el transporte adecuado del material estéril es crucial para preservar su esterilidad y garantizar su integridad hasta su destino final. Esto es importante en un entorno hospitalario, donde la contaminación puede representar un riesgo significativo para la salud de los pacientes.

El transporte seguro y controlado del material estéril es esencial para cumplir con los estándares y regulaciones de salud y seguridad establecidos tanto a nivel nacional como internacional. Estos requisitos están diseñados para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica proporcionada a los

pacientes, el transporte inadecuado puede resultar en retrasos para la ejecución de los procedimientos quirúrgicos afectando a la seguridad del paciente (MSP, 2016).

Adicionalmente, el protocolo de transporte establecido busca minimizar el riesgo de errores o confusiones durante el traslado del material estéril. Esto se logra a través de la implementación de procedimientos claros y específicos, así como la capacitación adecuada del personal involucrado en el transporte (Acosta, 2008).

En este sentido, el protocolo de transporte de material estéril del Instituto Médico de Especialidades se justifica por la necesidad de preservar la esterilidad, cumplir con los estándares de salud y seguridad, proteger la inversión realizada y minimizar el riesgo de errores durante el traslado. Todo esto contribuye a garantizar una atención médica segura y de calidad para los pacientes

Objetivos

Objetivo General

Asegurar el adecuado transporte de los artículos estériles desde el servicio de esterilización hasta quirófano, emergencia, hospitalización, y diferentes áreas de consulta externa, evitando su contaminación, deterioro y pérdida de esterilidad.

Objetivos Específicos

- Fortalecer la preservación de la esterilidad del material durante todo el proceso de transporte, estableciendo medidas y procedimientos adecuados para evitar la contaminación del material estéril y asegurar que llegue a su destino final en condiciones óptimas.
- Cumplir con los estándares y regulaciones de salud y seguridad establecidos a nivel nacional e internacional. El protocolo de transporte debe estar en línea con las normas y directrices establecidas para garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica proporcionada a los pacientes.
- Minimizar el riesgo de errores o confusiones durante el traslado del material estéril. Esto se logra a través de la implementación de

procedimientos claros y específicos, así como la capacitación adecuada del personal involucrado en el transporte.

- Garantizar la trazabilidad del material estéril durante el transporte. Esto implica establecer mecanismos de registro y seguimiento para asegurar que el material llegue a su destino correcto y en el momento adecuado.

Responsable

- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería (asistencia en procedimiento)
- Técnico/tecnólogos en enfermería

Frecuencia

Siempre que se realice y/o prepare insumos y materiales para procedimientos estériles, en las diferentes áreas del INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES MEDIBARRA.

Alcance

El presente protocolo está dirigido a los funcionarios de los diferentes servicios del Instituto Médico de Especialidades, que reciben y trasladan material estéril desde la Unidad de Esterilización y personal de esterilización que realizan sus funciones en el área de almacenamiento y distribución de material.

Definiciones

Área de almacenamiento de material estéril: Es el lugar del hospital diseñado para almacenar dispositivos y artículos médicos.

Estéril: Ausencia de todas las formas de vida microbiana incluyendo esporas bacterianas y priones.

Almacenamiento de material estéril: Procedimiento que permite asegurar la preservación de los productos estériles hasta el momento de ser usados.

C.E - central de esterilización Contenedores: Cajas plásticas con tapa, lavables para uso exclusivamente en el transporte de material estéril.

IME: Instituto Medico De Especialidades

Indemne: Ileso, material estéril cuyo empaque está intacto apto para su utilización.

Indicador químico: Control que se encuentra en los paquetes estériles con lo que se vigila la exposición del mismo al método de esterilización, se coloca en la parte interna o externa del paquete.

Material estéril: Instrumental, lencería, gasas, etc. y cualquier otro elemento que se pueda reutilizar y someterse al proceso de esterilización.

Transporte: se refiere al traslado del material desde el momento en que sale de los esterilizadores hasta que llega a su lugar de uso.

Viraje: Cambio de coloración en el indicador químico externo.

Zona verde: Área donde se almacena el material estéril previo a su distribución.

Modo Operativo

La entrega, recepción y el traslado del material médico quirúrgico estéril, es el último eslabón del proceso de esterilización antes de ser utilizado en la atención de pacientes. El traslado de este material requiere un manejo estandarizado que evite la pérdida de esterilidad, pérdida de los insumos y deterioro del artículo médico quirúrgico. Evitar tales eventos garantiza la calidad y seguridad en la atención de nuestros usuarios (MSP, 2016).

Condiciones generales para la distribución y transporte de material estéril:

La entrega de material estéril se realizará en el lugar designado en la Unidad de esterilización “Área de despacho”.

El personal que retira el material estéril debe previamente el traslado del material estéril deberá realizarse en un sistema cerrado, de preferencia carros cerrados o contenedores plásticos lavables, limpios, los cuales serán de uso exclusivo para el transporte de material estéril.

- No se entregarán artículos médicos quirúrgicos estériles a los Servicios Clínicos que no cumplan con los medios de transporte adecuados y establecidos en este procedimiento.
- No se aceptará el traslado en bolsa
- Una vez retirado el material de la Unidad de Esterilización la ruta inmediata a seguir por el funcionario con el material estéril es a la Unidad

o Servicio de origen. No deambular con el material por otras dependencias de la institución.

- No situar los contenedores en el suelo durante su traslado, ni colocar sobre superficies contaminadas.
- No juntar el material estéril con otro que no esté en su misma condición. Mantener su medio de transporte
- No manipular el material estéril con manos húmedas/mojadas, golpear los paquetes, colocar paquetes calientes dentro del carro de transporte o bolsa nylon
- Guardar el material inmediatamente al llegar a la unidad de origen en los estantes establecidos para su almacenamiento. Evitar que terceros manipulen el material, idealmente debe ser almacenado por la misma persona que los retiró.
- Limpieza y desinfección al menos semanal del carro o contenedor de transporte (Acosta, 2008).

Procedimiento de despacho

Funcionario que retira material estéril

- Realizar higiene de manos previo a retirar el material estéril.
- Retirar el material estéril desde la ventanilla de distribución de la Unidad de Esterilización presentando guía (Formulario) la cual certifique que el material a retirar fue recepcionado por la Unidad de Esterilización.
- Chequear que los controles químicos estén virados y la fecha de esterilidad esté vigente.
- Contabilizar el material estéril en conjunto con funcionario del área de despacho de Unidad de Esterilización, para asegurar que el o los artículos a despachar coincidan con los registrados en la guía.
- Introducir material estéril en carro cerrado o contenedor de uso exclusivo para este proceso.
- Colocar el material liviano o delicado sobre el de mayor resistencia o pesado.

Funcionario de esterilización

- Corroborar antes de realizar el despacho del material que los controles químicos externos del empaque estén completamente virados (cambiados de color), con fecha de vencimiento impresa.
- Registrar en guía de despacho con letra clara y legible el material que se va a entregar y el material que queda pendiente para despachar. De igual forma registrar esta información en copia de guía que queda en la Unidad de esterilización.
- No debe entregar artículos médicos quirúrgicos estériles sin su guía de despacho.
- No debe entregar artículos médico quirúrgicos tipo “implante” en que no se haya corroborado el control biológico como negativo.
- El material estéril será depositado en contenedor plástico con tapa de uso exclusivo para este efecto.

Traslado de material estéril

- El traslado del material estéril deberá realizarse en un sistema cerrado, de preferencia carros cerrados o contenedores plásticos lavables, limpios, los cuales serán de uso exclusivo para el transporte de material estéril.
- No se entregarán artículos médicos quirúrgicos estériles a los Servicios Clínicos que no cumplan con los medios de transporte adecuados y establecidos en este procedimiento.
- No se aceptará el traslado en bolsa.
- Una vez retirado el material de la Unidad de Esterilización la ruta inmediata a seguir por el funcionario con el material estéril es a la Unidad o Servicio de origen. No deambular con el material por otras dependencias de la institución.
- No situar los contenedores en el suelo durante su traslado, ni colocar sobre superficies contaminadas.
- No juntar el material estéril con otro que no esté en su misma condición. Mantener su medio de transporte.
- No manipular el material estéril con manos húmedas/mojadas, golpear los paquetes, colocar paquetes calientes dentro del carro de transporte o bolsa nylon.

- Guardar el material inmediatamente al llegar a la unidad de origen en los estantes establecidos para su almacenamiento. Evitar que terceros manipulen el material, idealmente debe ser almacenado por la misma persona que los retiró.
- Limpieza y desinfección al menos semanal del carro o contenedor de transporte (Acosta, 2008).

Equipamiento necesario

- Coche de transporte
- Contenedor sin tapa
- Contenedor con tapa hermética

Descripción del procedimiento

- Como primer punto hay que tener en cuenta que no se entregarán artículos médicos quirúrgicos estériles a los Servicios Clínicos que no cumplan con los medios de transporte adecuados y establecidos en este procedimiento.
- Tampoco se aceptará el traslado en bolsa.
- Una vez retirado el material de la Unidad de Esterilización la ruta inmediata a seguir por el funcionario con el material estéril es a la Unidad o Servicio de origen. No deambular con el material por otras dependencias de la institución.
- No situar los contenedores en el suelo durante su traslado, ni colocar sobre superficies contaminadas.
- No juntar el material estéril con otro que no esté en su misma condición. Mantener su medio de transporte.
- No manipular el material estéril con manos húmedas/mojadas, golpear los paquetes, colocar paquetes calientes dentro del carro de transporte o bolsa nylon.
- Guardar el material inmediatamente al llegar a la unidad de origen en los estantes establecidos para su almacenamiento. Evitar que terceros manipulen el material, idealmente debe ser almacenado por la misma persona que los retiró.

- Limpieza y desinfección al menos semanal del carro o contenedor de transporte.
- Retirar el material estéril desde la ventanilla de distribución de la Unidad de Esterilización presentando guía (Formulario) la cual certifique que el material a retirar fue recepcionado por la Unidad de Esterilización.
- Chequear que los controles químicos estén virados y la fecha de esterilidad esté vigente.
- Contabilizar el material estéril en conjunto con funcionario del área de despacho de Unidad de Esterilización, para asegurar que el o los artículos a despachar coincidan con los registrados en la guía.
- Introducir material estéril en carro cerrado o contenedor de uso exclusivo para este proceso.
- Colocar el material liviano o delicado sobre el de mayor resistencia o pesado (Acosta, 2008).

Anexos

Anexo 1: Pauta de cotejo Retiro y Transporte Material Estéril.

Responsable que entrega:

Fecha de aplicación:

Responsable que recibe:

Supervisor:

Ítems a evaluar	SI	NO
Higienizar las manos previo retiro de material estéril.		
Solicita material a través de guía de despacho.		
Trae medio de transporte adecuado para el retiro de material estéril (carro cerrado, contenedor plástico lavable).		
Verifica que el material despachado se encuentra frío y con empaque indemne		
Verifica fecha de esterilidad y viraje de controles químicos.		
Contabiliza junto con funcionario de la unidad material a recibir que esté de acuerdo con la guía.		

Observaciones:

Bibliografía

Normas Técnicas Sobre esterilización y Desinfección de los Elementos Clínicos
MINSAL 2001.

Guía para el Control del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto Nivel Dep.
De Calidad y Seguridad del Paciente / SPECH ministerio de salud. Enero
2009.

Diccionario Real Academia Española versión 2008. <https://tinyurl.com/3sdf7res>.

Silvia I., Acosta A. (2008). Manual de esterilización para centros de salud.
<https://tinyurl.com/v6kth5tu>.

Ministerio de Salud Pública. Bioseguridad para los establecimientos de salud.
Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Calidad; 2016.
Disponible en: <http://salud.gob.ec>



PRIMERA EDICIÓN

ALUMNI EDITORA 2025



GUÍA TÉCNICA DE ENFERMERÍA PARA HOSPITAL GENERAL

TOMO I

ISBN: 978-9942-7372-1-2

9 789942 737212