



CAPÍTULO 2

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lida Guerrero Arango*
Luz Mary Gallego Cortes**

Dominio 1: Promoción de la salud
Dominio 5: Percepción /cognición
Dominio 11: Seguridad/protección

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

Estas prácticas se relacionan con los Diagnósticos de Enfermería NANDA:

* Universidad del Valle / Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

* Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Cita este capítulo:

Guerrero Arango L, Gallego Cortes LM. Seguridad del paciente. En: Guerrero Arango L, Gallego Cortes L, Triviño Vargas Z. (Coords.). Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo I. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2017. p. 37- 109.

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

El Dominio 5, Percepción/cognición, responde a recepción de la información a través de los sentidos a través del tacto, gusto, olfato vista, audición y cenestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conducen a la identificación, asociación y o el reconocimiento de patrones, en su Clase 5 uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

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

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

SEGURIDAD DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS, NOC

- Prevenir eventos adversos durante la atención del paciente.



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

RECOMENDACIONES

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

RIESGO DE CAÍDAS

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS, NOC

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

RECOMENDACIONES

- Identificar a las personas con riesgo de sufrir caídas durante su estancia hospitalaria.
- Tener en cuenta los riesgos:
 - ▷ Del medio ambiente como: iluminación inadecuada,
 - ▷ Del entorno: altura de camas, cunas y camillas, suelos resbaladizos, superficies irregulares, espacios reducidos, entorno desconocido, barreras arquitectónicas, mobiliario inadecuado, ausencia de dispositivo de anclaje en camas, cunas, camillas y sillas, altura, tamaño de las barandas y orden y aseo de la unidad del paciente.
- De la persona: la edad, alteraciones del estado de conciencia, capacidad motora, marcha, movilidad, facultades mentales, dificultad para comunicarse, peso.
- Falta de acompañante.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de enfermería

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

Planeación NIC

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

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Conserve la técnica aséptica de lavado de manos, de acuerdo al protocolo de la OMS.	Evita eventos adversos como infecciones.
2. Conserve las medidas de bioseguridad (uso de guante no estéril).	Fortalece el autocuidado.
3. Clasifique riesgo de caídas según protocolo institucional.	Contribuye a la toma de decisiones.
4. Identifique a la persona con la de manilla de riesgo de caída.	Permite valorar el riesgo de caídas de la persona.
5. Verifique iluminación y disposición de mobiliario de la unidad del paciente (mesa, nochero, gradilla).	Facilita la visibilidad y desplazamiento de la persona.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
6. Compruebe ubicación segura de equipos (monitores, respiradores, atril y otros).	Evita caídas y eventos adversos.
7. Revise dispositivos de seguridad de la cama, cuna o camilla (anclajes y barandas).	Ofrece seguridad a la persona.
8. Verifique en el baño elementos de seguridad (barra de sujeción, tapete antideslizante y en lo posible timbre para llamada de emergencia).	Evita caídas y eventos adversos.
9. Compruebe la capacidad mental de la persona y familia de recibir y comprender instrucciones sobre su movilidad.	Permite realizar un cuidado de enfermería seguro.
10. Identifique la capacidad física de moverse la persona por sus propios medios.	Evita eventos adversos.
11. Valore la presencia de sordera, hipoacusia.	Ayuda a la toma de decisiones para determinar el cuidado.
12. Valore la presencia de visión disminuida, ceguera.	Ayuda a la toma de decisiones para determinar el cuidado.
13. Valore la existencia de prótesis en miembros inferiores.	Permite determinar ayuda para proporcionar seguridad en el desplazamiento.
14. Identifique la necesidad de ayudas mecánicas (órtesis: sillas de ruedas, muletas, bastones, caminadores y otros).	Facilita el desplazamiento y evita eventos adversos.
15. Enseñe a la persona a solicitar ayuda del personal de enfermería para su movilización.	Da seguridad a la persona para su desplazamiento.
16. Registre el procedimiento en el plan de cuidados y en la historia clínica del paciente.	Garantiza la ejecución y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Capacidad mental de la persona para entender y aplicar las instrucciones.
- Participación de la familia en cuidado de la persona para moverse.



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

EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

DEFINICIÓN

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

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

OBJETIVOS NOC

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

- Evaluar las prácticas seguras para disminuir la incidencia de úlceras por presión.
- Proporcionar educación al paciente y familia.

RECOMENDACIONES

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

Otras recomendaciones sugeridas por diferentes autores:

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

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

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

- **Participación de la familia:**
 - Actitudes.
 - Habilidades.
 - Conocimientos.
 - Capacidad de medios materiales.
 - Apoyo.

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
2. Conserve las técnicas y aplique las normas de bioseguridad.	Evita sanciones y eventos adversos.
3. Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación del paciente y hace parte del respeto hacia él.
4. Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
5. Aislar a la persona con cortina biombo.	Intimidad.
6. Lávese las manos y colóquese bata y guantes.	Evita transmisión de microorganismos.
7. Valore estado mental, físico y los riesgos de la persona de presentar úlceras por presión.	Permite clasificar el riesgo de úlceras por presión.
8. Observe integridad de la piel especialmente en zonas de apoyo y expuestas a la humedad (codos, talones, región sacra).	Ayuda a prevenir las úlceras por presión.
9. Cuidado de la piel: Baño general cada 24 horas y parcial cuando sea necesario (ver procedimientos).	Previene las úlceras por presión.
10. Control de humedad: Vigilar incontinencia urinaria y fecal.	Contribuye a la prevención de las úlceras por presión.
11. Coloque pañales absorbentes a las personas con incontinencia urinaria y fecal. Realizar higiene a cada cambio de pañal.	Brinda comodidad e higiene personal.
12. Cambie la ropa y las sábanas cuando se encuentren húmedas, a las personas con sudoración profusa y en estado febril.	Evita la formación de úlceras por presión y brinda confort.
13. Coloque doble pañal en la noche.	Brinda confort y seguridad.
14. Cambios de posición: Cada 2 horas (ver procedimientos).	Evita la formación de úlceras por presión.
15. Evite ejercer presión en las siguientes áreas o regiones: escapular, glútea, codos y talones (utilizando almohadas y cojines).	Previene las úlceras por presión.
16. Coloque productos de barrera en zonas de presión.	Previene las úlceras por presión.
17. Revise que la ropa de cama esté sin arrugas.	Evita lesiones en la piel.
18. utilice almohadas y Cojines para obtener una buena alineación del cuerpo.	Permite una buena alineación del cuerpo.
19. Nutrición: Dieta hiperprotéica, hipercalórica, abundantes líquidos.	Contribuye a la formación de tejido muscular y graso, previene las infecciones y formación de úlceras por presión.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
20. Alimentación enteral En caso de que el paciente no reciba vía oral.	Permite la nutrición en personas con incapacidad de deglución.
21. Deje a la persona en posición cómoda.	Proporciona confort.
22. Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad.	Evita infecciones intrahospitalarias y mayor confort a la persona y sanciones por desecho incorrecto del material.
23. Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica del paciente.	Constancia de la actividad realizada y observando los principios éticos de la enfermera.

Evaluación

Evalúe:

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

EVITAR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

DEFINICIÓN

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



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

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

OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

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

LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN

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

Existen tres tipos de lavado de manos:

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

OBJETIVOS NOC

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

- 00181 Contaminación R/C Exposiciones previas. M/P Efectos dermatológicos de la exposición a agentes biológicos.



- 00180 Riesgo de contaminación R/C Prácticas de higiene personal.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud M/P Describe la reducción de factores de riesgo (1) (4), (5).

Planeación NIC

Disponer de:

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

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

Solo garantiza la remoción de la suciedad de las manos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Retire el reloj y todo tipo de accesorios de sus manos.	Facilita la aplicación de la técnica de lavado de manos.
2. Si tiene manga larga súbala hasta el codo.	Facilita el procedimiento.
3. Humedezca sus manos hasta las muñecas con agua.	Permite realizar el lavado de manos.
4. Tome una cantidad de jabón suficiente.	Garantiza la desinfección de las manos.
5. Entrelace los dedos y frote primero las palmas de las manos entre sí y luego palma con dorso y viceversa.	Garantiza la remoción de la suciedad.
6. Abraze el dedo pulgar con la mano dominante y frótelos desde la palma hasta la uña y viceversa.	Garantiza la desinfección de los dedos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
7. Enjuague con abundante agua.	Permite el barrido mecánico de la suciedad.
8. Seque las manos con una servilleta o toalla de papel.	Evita escurrimiento y ofrece comodidad.
9. Deseche la toalla en el tarro de color verde correspondiente para tal fin.	Garantiza el correcto desecho de residuos hospitalarios.

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

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

RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Retire el reloj y todo tipo de accesorios de sus manos.	Facilita la aplicación de la técnica de lavado de manos.
2. Abra la llave del agua accionando la válvula con la rodilla o el pie.	Evita la contaminación de las manos y partes del lavamanos.
3. Coloque las manos apuntando hacia arriba y humedezca con agua manos y antebrazos hasta 6 cm por encima del codo.	Facilita que el agua corra de los dedos a los codos
4. Aplique 5 ml de jabón antiséptico en su mano dominante.	Facilita la desinfección de las manos.



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

HIGIENE DE MANOS

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

Ejecución NIC: Duración de 30 a 60 segundos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
1. Aplique 5 ml de alcohol glicerinado en su mano.	Permite desinfectar las manos.
2. Frote en forma circular, durante unos segundos las palmas de las manos.	Garantiza la impregnación de la sustancia antiséptica.
3. Friccione vigorosamente la palma de una mano con el dorso de la otra y con el dedo pulgar frote la región hipotenar.	Facilita la absorción de la sustancia química en toda la superficie de la mano.
4. Realice la misma acción con la mano contraria.	Facilita la absorción de la sustancia química en toda la superficie de la mano.

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

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

Evaluación

Evalúe:

- Las condiciones existentes para realizar los tres lavados de manos deben estar de acuerdo al protocolo de la institución y estándares de calidad.
- Que el personal de salud realice el lavado de manos clínico de acuerdo a los cinco momentos:
 - ▷ Antes del contacto con el paciente.



- ▷ Antes de realizar cualquier procedimiento.
- ▷ Después de exposición a fluidos corporales o retirarse los guantes.
- ▷ Después del contacto con el paciente.
- ▷ Después del contacto con la unidad del paciente (8).

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

Durante la prestación del cuidado se debe:

- Manejar todo paciente como **Potencialmente Infectado**.
- Lavarse cuidadosamente **LAS MANOS**, antes y después de cada procedimiento.
- Utilizar guantes en la manipulación de elementos contaminados.
- Utilizar un par de guantes por cada paciente.
- Abstenerse de tocar, con las manos enguantadas, alguna parte del cuerpo.

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

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

Ejecución NIC

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



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

Evaluación

Evalúe:

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

TÉCNICA ASÉPTICA

DEFINICIÓN

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

PRINCIPIOS DE LA TÉCNICA ASÉPTICA

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

OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución (NIC)

Manejo de material estéril

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

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

Manejo de equipos estériles pequeños

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

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

Evaluación

Evalúe:

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

MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

DEFINICIÓN

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

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

OBJETIVOS NOC

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



RECOMENDACIONES

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

NO PELIGROSOS

DEFINICIÓN

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

CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución NIC

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

Evaluación

Evalúe:

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

PELIGROSOS

DEFINICIÓN

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

CLASIFICACIÓN

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

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

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

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

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

Residuos Radiactivos:

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

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución NIC

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

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



Evaluación

Evalúe:

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

IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

DEFINICIÓN

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

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

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

OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

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

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución NIC

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

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

Evaluación

Evalúe con historia clínica datos de identificación:

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

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

ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE E HIJO

DEFINICIÓN

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

ATENCIÓN A LA MADRE

OBJETIVOS NOC

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



RECOMENDACIONES

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PCE

Valoración

Valore:

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

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

Ejecución NIC

Valoración física de la gestante

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

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

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

Evaluación

Evalúe:

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

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

DEFINICIÓN

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



OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

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

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

Ejecución NIC

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

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



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Informe a los padres y familia sobre el estado de salud del recién nacido y recomendaciones sobre los cuidados a seguir.	Previene complicaciones.
Registre en la historia clínica perinatal el procedimiento y observaciones.	Permite dejar constancia del procedimiento realizado.

Evaluación

Evalúe:

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

LISTA DE CHEQUEO

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS NOC

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

RECOMENDACIONES

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



LISTA DE CHEQUEO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS NOC

- Verificar las medidas de seguridad en la atención quirúrgica.
- Mejorar la seguridad de la persona durante el procedimiento quirúrgico y reducir los eventos adversos.
- Reforzar las prácticas quirúrgicas seguras.
- Fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas en salud.
- Implementar la cultura de la seguridad del paciente como un patrón de referencia en la práctica diaria.

RECOMENDACIONES

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

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

- Lapicero negro.
- Lista de chequeo.
- Manillas de identificación.
- Historia clínica de la persona.
- Equipo para profilaxis antibiótica en caso necesario.

- Fármacos anestésicos y de monitoreo (oximetría de pulso).
- El recuento de instrumental, gasas y compresas.
- Identificación para las muestras de laboratorio.

Ejecución NIC

Antes de la anestesia

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Humaniza el cuidado.
Solicite los documentos de identificación necesarios.	Garantiza la seguridad al paciente.
Confirme la identidad del paciente y coloque manilla de identificación completamente diligenciada.	Evita eventos adversos.
Confirme hora de la cirugía.	Garantiza el cumplimiento del procedimiento.
Compruebe la presencia de formato de valoración quirúrgica.	Garantiza el cumplimiento de protocolo de la institución.
Verifique el sitio quirúrgico y su correspondiente marcación.	Evita errores en el acto quirúrgico (eventos adversos).
Verifique el procedimiento.	Ofrece seguridad a la persona.
Verifique diligenciamiento de los consentimientos informados (para cirugía y anestesia).	Confirma la aceptación por parte de la persona y evita demandas futuras a la institución.
Confirme si la persona tiene historia de alergias.	Ofrece seguridad a la persona.
Retire prótesis dentales removibles, prótesis ocular y auditiva, ropa interior, medias, zapatos y objetos metálicos.	Evita eventos adversos.
Compruebe reserva de sangre, canalice o revise permeabilidad de la vena periférica según protocolo.	Garantiza seguridad de la persona.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Verifique Rh sanguíneo.	Garantiza seguridad de la persona en caso de transfusión sanguínea.
Verifique presencia de lesiones en la piel o sobre el área quirúrgica.	Evita procesos infecciosos posquirúrgicos.
Instaure profilaxis de antibióticos y otros medicamentos según protocolo y orden médica.	Garantiza cumplimiento del protocolo de la institución.
Realice toma de signos vitales, peso, talla e incluya frecuencia cardíaca fetal en pacientes embarazadas.	Garantiza cumplimiento del protocolo de la institución.
Informe al anesestesiólogo en caso de identificar alteración de signos vitales o alguna otra novedad.	Garantiza la seguridad de la persona en el procedimiento quirúrgico.
Verifique que la persona entregue historia clínica antigua si la tiene, paraclínicos y/o pruebas diagnósticas.	Comprueba procedimientos anteriores, exámenes de laboratorio y radiografías.
Identifique que la persona no esté tomando Aspirina u otros anticoagulantes.	Evita riesgo de hemorragia.
Cumplimiento del ayuno de la persona.	Previene riesgo de broncoaspiración.
Deje el registro correspondiente.	Permite verificar la actividad realizada.

En el proceso quirúrgico

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona con nombre completo, preséntese la persona de manera cordial e identifíquese (nombre y cargo).	Humaniza el cuidado en la atención de salud.
Verifique que sea la persona correcta, el procedimiento correcto, según la asignación y programación quirúrgica.	Ofrece seguridad a la persona durante el procedimiento.
Verifique con la historia clínica el lado correcto a operar.	Garantiza seguridad de la persona.
Verifique con el jefe de turno la disponibilidad de cama según el riesgo quirúrgico.	Garantiza la hospitalización de la persona en el proceso postquirúrgico.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Verifique que el consentimiento informado de anestesia y de cirugía estén firmados por el cirujano, el anesthesiólogo y por la persona.	Evita procesos judiciales.
Verifique que la persona presente historia clínica y paraclínicos, exámenes de laboratorio y Rx si los tiene.	Permite revisar estado actual y anterior de la salud de la persona evitando retraso en el procedimiento quirúrgico.
Verifique que la vena esté permeable y canalizada con el catéter intravenoso, según protocolo de la institución.	Garantiza la aplicación de protocolo.
Verifique profilaxis de antibiótico administrada.	Evita infecciones posquirúrgicas y garantiza la aplicación de protocolo.
Verifique con la persona antecedentes patológicos como diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, problemas respiratorios y los medicamentos que ha recibido.	Evita eventos adversos durante proceso quirúrgico y postquirúrgico.
Verifique antecedentes de alergia a medicamentos y compruebe en la marquilla de identificación el medicamento al cual hace reacción alérgica.	Evita eventos adversos.
Ingrese a la persona en silla de ruedas o camilla según procedimiento a realizar o condición.	Ofrece seguridad a la persona y personaliza el cuidado.
Cerciórese que el instrumentador verifica con todo el equipo quirúrgico el lado correcto a operar.	Previene errores en el procedimiento.
Prepare medicamentos, según criterio del anesthesiólogo, verifique nombre del medicamento, fecha de vencimiento. Rotule lo preparado.	Evita eventos adversos.
Verifique junto con el instrumentador la esterilización de los equipos con sus debidos indicadores e integradores, asegurando el proceso y anexándolos en su adecuado registro. (Pegar los indicadores en la hoja de registro).	Evita infecciones quirúrgicas y ofrece seguridad a la persona.
Verifique, en compañía del anesthesiólogo y con base en la guía de posiciones quirúrgicas, las posibles zonas de presión.	Permite tomar medidas preventivas y evitar úlceras por presión.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Verifique junto con el instrumentador el conteo inicial de compresas, rollos abdominales, hojas de bisturí, agujas, hojas, gasas radiopacas y comunes además de elementos requeridos de conteo y registre en el tablero y anexe los registros correspondientes.	Previene dejar cuerpos extraños olvidados después de la cirugía y ofrece seguridad a la persona.
Verifique con el anestesiólogo el refuerzo del antibiótico por prolongación de cirugía después de seis (6) horas.	Previene infecciones en el sitio de la herida quirúrgica.
Traslade a la persona a la sala de recuperación en compañía del anestesiólogo.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje el registro correspondiente.	Permite verificar la actividad realizada.

Posoperatorio (recuperación)

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Utilice los elementos de protección personal completos (gorro, tapabocas, gafas, bata estéril).	Evita contaminación.
Reciba a la persona intervenida quirúrgicamente y verifique que sea entregada por el anestesiólogo y circulante.	Ofrece seguridad a la persona y evita eventos adversos.
Coloque a la persona oxígeno, pulsioxímetro y tensiómetro, registre sus signos vitales, revise área quirúrgica y condiciones de la persona, organice líquidos endovenosos y verifique que estén rotulados.	Garantiza cumplimiento de protocolo y da seguridad y confianza a la persona durante el proceso de recuperación.
Verifique herida seca, drenes y sondas funcionando y rotulados, vena permeable.	Previene riesgo de hemorragias y garantiza eliminación de secreciones por drenes.
Confirme que los signos vitales estén entre los parámetros normales, en caso contrario avisar al anestesiólogo.	Garantiza la valoración de salud permanente en la persona.
Chequee historia clínica con el fin de cumplir órdenes médicas, registre los medicamentos, realice test de recuperación posanestésica (test aldrete*) o nota de enfermería según el caso.	Permite valorar a la persona dentro de los parámetros normales establecidos a través de protocolo.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Evalúe continuamente las condiciones clínicas de la persona, brinde los cuidados de enfermería de acuerdo a sus necesidades, en caso de presentarse alguna situación especial informe oportunamente al médico o anesthesiólogo responsable.	Permite valorar con calidad y eficiencia el cuidado de enfermería.
Vigile y verifique las reacciones medicamentosas y rotule, según protocolo institucional en la manilla de identificación.	Evita eventos adversos.
Verifique y cumpla refuerzo de antibiótico y otros medicamentos según horario.	Previene infecciones en el sitio de la herida quirúrgica.
Verifique y evalúe condiciones de la persona antes de su egreso.	Ofrece seguridad a la persona.
Brinde información de la persona en forma oportuna a sus acompañantes	Humaniza el cuidado y logra la participación de la familia en la recuperación del estado de salud de la persona.
Entregue al personal de piso, indicando el paciente la evolución del estado de salud y pendientes.	Permite cumplir con los procedimientos pendientes.
Entregue a la persona a camillero antes de su traslado a piso o egreso de la institución.	Ofrece seguridad a la persona.
Indique y oriente acerca de los cuidados a seguir a la persona y acompañantes antes de su egreso.	Da continuidad al tratamiento ordenado.
Entregue fórmula médica e incapacidad.	Cumple con protocolo institucionales.
Deje el registro correspondiente en la historia clínica y en el formato de recibo y entrega de turno.	Permite verificar la actividad realizada.

Tabla 1. Test Aldrete simplificado

Conciencia	Despierto y orientado.	2
	Requiere mínimo estímulo para ser despertado.	1
	No despierta con estímulo táctil.	0
Actividad	Capaz de movilizar extremidades.	2
	Debilidad leve a moderada de extremidades.	1
	Incapaz de movilizar extremidades.	0

Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser, sin taquipnea.	2
	Taquipnea, pero buena capacidad de toser.	1
	Disnea con mala capacidad para toser.	0
Hemodinamia	Tensión arterial \pm 15% del nivel preprocedimiento.	2
	Tensión arterial \pm 30% del nivel preprocedimiento.	1
	Tensión arterial \pm 50% del nivel preprocedimiento.	0
Saturación de O₂	Mantiene saturometría > 92% respirando aire ambiente.	2
	Necesita inhalar oxígeno para mantener saturometría \geq 90%.	1
	Sat O ₂ < 90% a pesar de oxigenoterapia.	0
Dolor	Sin dolor.	2
	Dolor moderado a intenso, controlable con analgésicos endovenosos.	1
	Dolor persistente.	0
Náuseas y vómitos	Ausentes.	2
	Aislados.	1
	Persistentes.	0

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

Evaluación

Evalúe:

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



DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS NOC

- Divulgar los derechos que tienen las personas en los cuidados en la atención de salud.
- Disponer de información clara, concreta y concisa que le permita a la persona escoger la entidad promotora de salud que le ofrezca los servicios que satisfaga sus necesidades de salud y sus expectativas en general.
- Tener conocimiento sobre cuáles son las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado con mejor desempeño en el ámbito nacional.
- Disponer de un recurso humano interdisciplinario acorde con las necesidades de los pacientes y/o afiliados.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.
- Mejorar la seguridad de la persona durante el procedimiento quirúrgico y reducir los eventos adversos.
- Fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas en salud.
- Disponer de la infraestructura física, de tecnología de punta y de personal idóneo en todas las sedes de la institución.

RECOMENDACIONES

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

motora de salud.

- Oriente sobre el valor de copagos o cuotas moderadoras.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

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

Diagnósticos de Enfermería

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

Planeación NIC

Disponer de:

- Información actualizada sobre los deberes y derechos del paciente.
- Folletos actualizados sobre los riesgos y consecuencias en cada procedimiento.
- Disponer de la carta de derechos del afiliado y del paciente que debe contener Información sobre:
 - ▷ Los servicios a los que tienen derecho, acordes con el Plan de Beneficios.

- ▷ La red de prestación de servicios.
- ▷ Mecanismos y procedimientos para acceder a los servicios.
- ▷ Entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos que tiene como paciente (23).

Ejecución NIC

Derechos

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

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Salude a la persona por su nombre.	Permite verificar la identificación de la persona.
Explique a la persona independiente de su étnia, orientación sexual, edad, idioma, religión, políticas, posición económica o condición social sus derechos de:	Humaniza el cuidado.
Elegir libremente al Médico, y en general, a los profesionales de la salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles de la institución.	Garantiza la satisfacción durante la atención en salud.
Disfrutar de una comunicación plena y clara con el Médico y demás personal que lo atiende en la institución.	Permiten obtener información necesaria respecto a la enfermedad que padece.
Recibir una explicación previa a cualquier procedimiento para que pueda dar su consentimiento informado.	Garantiza la autorización o rechazo de la persona al procedimiento.
Guardar confidencialidad del diagnóstico, tratamiento, identidad, permanencia dentro de la institución y sólo con su autorización esta información pueda ser conocida.	Garantiza la privacidad de la información de la historia clínica.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.	Permite la calidad del cuidado durante la atención en salud.
Recibir información acerca de los costos, y la facturación por los servicios obtenidos, así como autorizar costos adicionales.	Permite tener claridad de los costos proceso.
Respetar la decisión de participar o no en investigaciones.	Garantiza los principios de justicia y equidad.
Recibir atención y cuidados en sitios tranquilos, limpios y en condiciones de privacidad.	Garanticen el respeto por la intimidad de la persona.
Recibir información de las políticas o decisiones concernientes a la atención.	Permite conocer las normas de la Institución.
Tener compañía y recibir apoyo en la toma de decisiones, por parte de los familiares o acudientes, en caso de inconciencia, minoría de edad, limitaciones físicas, cognitivas o mentales.	Garantiza la seguridad del paciente y humaniza el cuidado.
Recibir atención oportuna y con calidad por parte del equipo de salud.	Evita complicaciones en la atención de salud.

Deberes

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

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Suministrar información oportuna, veraz, clara y completa, del estado de salud cuando sea solicitada por el equipo médico.	Permite al equipo de salud realizar diagnósticos y tratamientos seguros a la persona.
Presentar documentos de identificación, carnés, autorizaciones todas legales.	Garantiza la identificación de la persona.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Asistir a las citas médicas o cancelarlas oportunamente.	Permite el uso racional de los servicios.
Seguir los tratamientos y cuidados que el personal asistencial ha establecido para la recuperación de su salud.	Previene complicaciones y fortalece el autocuidado.
Tratar con respeto a todo el personal de la institución y a los demás usuarios	Permite una relación basada en el respeto.
Cuidar de los recursos, equipos, servicios e instalaciones de la institución.	Garantiza el uso racional de los recursos institucional.
Cumplir con las normas establecidas por la institución.	Da cumplimiento al protocolo institucionales.
Ofrecer información real de los ingresos y seleccionar el tipo de régimen coherente con estos (contributivo o subsidiado)	Hace parte del compromiso moral y ético.
Reportar los beneficiarios del servicio de salud solo a esposa/o, hijas/os y padres de uno de los conyugues en el caso de que los dos sean cotizantes del sistema.	Garantiza la aplicación de las normas legales.
Si es trabajador independiente, pagar oportunamente al sistema.	Cumple con las normas para una atención oportuna.
Estar afiliado en una sola entidad promotora de salud y en un solo régimen.	Permite cumplir con las normas legales.
Pagar la cuota moderadora que le corresponda de acuerdo a su salario.	Garantiza el uso racional del servicio.

Evaluación

Evalúe:

- Capacidad de la persona de recibir, retener y aplicar conocimientos
 - ▷ Secuencia lógica de pensamiento.
 - ▷ Claridad de ideas.
- Claridad de la persona sobre:
 - ▷ Los derechos y deberes con la EPS e IPS.
 - ▷ Ubicación geográfica de la institución de salud escogida.
 - ▷ Accesibilidad y desplazamiento fácil.

- Satisfacción de las personas sobre:
 - ▷ Los servicios recibidos.
 - ▷ Agilidad y oportunidad en la prestación de los servicios.
 - ▷ Instalaciones físicas y tecnológicas.
- Responsabilidad de la persona sobre:
 - ▷ Cumplimiento de tratamientos ordenados.
 - ▷ Toma de muestras de rayos x y de laboratorio.
 - ▷ Asistencia las citas y controles.



Bibliografía

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

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

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

