



Resolución Directoral

Lima, 26 de Julio de 2023



VISTO:

El expediente Nº 12307-23, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;



Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA, se aprueba el documento denominado "Norma Técnica de Salud para la elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";



Que, la Jefa del Departamento de Enfermería con Nota Informativa Nº 0610-2023-DE-HONADOMANI-SB, en atención al Memorando Nº 244-OGC-2023-HONADOMANI-SB, solicita al Director General la Oficialización mediante la Resolución respectiva, de la aprobación de diez (10) Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia, después de su revisión y aprobación por parte de la Oficina de Gestión de la Calidad, verificando que no se encuentra observación pendiente de observación de solución, por lo que da opinión favorable para que continúe con su trámite de aprobación, tal como lo menciona en el documento de referencia que se adjunta al presente;



Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad con Memorando Nº 244-OGC-2023-HONADOMANI-SB, se dirige a la Jefa del Departamento de Enfermería en atención al Memorando Nº 0950-2023-DE-HONADOMANI-SB, mediante el cual la Jefa de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia, solicita la revisión y aprobación de diez (10) "Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería", se ha procedido a la revisión del documento en mención, pudiendo verificar que no se encuentran observaciones pendientes de solución, la Oficina de Gestión de la calidad da opinión favorable a la propuesta presentada para que continúe su trámite de aprobación;

Que, mediante Nota Informativa Nº 099-2023-DA-HONADOMANI-SB, la Dirección Adjunta en atención al Expediente Nº 12307-23, pone de manifiesto de la Dirección General que, con relación a la Aprobación de diez (10) Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia, se ha evaluado la documentación y se da opinión favorable, para la resolución correspondiente;

Que, mediante Memorando Nº 393-2023-DG-HONADOMANI-SB, el Director General en atención al Expediente Nº 12307-23, enviado por la Jefatura del Departamento de Enfermería, con relación a la Aprobación de diez (10) Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Dirección Adjunta, solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica, se proyecte la resolución directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Enfermería y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

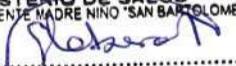
Artículo Primero.- Aprobar "Diez (10) Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; contenidas en treinta y dos (32) folios:

- Transfusión de sangre y/o Hemoderivados
- Colocación de Catéter Vesical Permanente
- Administración de Tratamiento Endovenoso por Volutrol
- Punción arterial (AGA)
- Nebulización en Pacientes Adultos
- Medidas de Prevención de úlceras por presión (UPP)
- Educación Sanitaria al Alta del Paciente
- Dosaje de Glucosa en sangre, mediante tira reactiva
- Cateterismo Vesical Intermitente
- Control de Albúmina en Orina

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Enfermería Obstetricia, implemente la difusión y aplicación interna de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutorio, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR/ERL/MOE/JC/O/rpag.
C.c.

- DA
- OGC
- Dpto. Enf.
- OAJ
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
de Enfermería

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"**

**GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS
ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA**

SERVICIO:

GINECO-OBSTETRICIA



Año 2023



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
de Enfermería

RESPONSABLES:

Mg. Trinidad Consuelo Curahua Núñez.

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

Lic. Esp. Virginia Gutiérrez Cahuana.

JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

ACTUALIZADO POR:

Lic Esp. Susana Asca Nakamatsu

REVISADO POR:

Lic. Lucy Suyo Herrera.



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
de Enfermería

LISTA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA 2023

1. DEPARTAMENTO:		Enfermería
2. SERVICIO:		Enfermería Gineco Obstetricia
3. UNIDAD:		Gineco Obstetricia
N°	CODIGO DE PROCEDIMIENTO	DENOMINACION DEL PROCEDIMIENTO
1	36430	Transfusión de Sangre y/o Hemoderivados
2	53445	Colocación de Catéter Vesical Permanente
3	96365	Administración de Tratamiento Endovenoso por Volutrol
4	36600	Punción Arterial (AGA)
5	94640	Nebulización en Pacientes Adultos
6	15884	Medidas de prevención de úlceras por presión. (UPP).
7	92938	Educación Sanitaria al Alta del Paciente
8	82948	Dosaje de Hemoglucotest sangre tina reactiva
9	51701	Cateterismo Vesical Intermitente
10	82043	Control de Dosaje de Albúmina

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
"SAN BARTOLOME"
Lic. ERI. SUSANA ISCA NAKAMATSU
CEP N° 24234 RNE N° 6959
JEFA DEL SERV. GINECO OBSTETRICIA

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1):** Transfusión de Sangre y/o Hemoderivados**CODIGO (2):** 36430**VERSION (3):** V.03 2022**DEPARTAMENTO (4):** Enfermería
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICIÓN (5):** Es la administración por vía endovenosa de sangre y/o hemoderivados a un paciente con fines terapéuticos o profilácticos, previa indicación médica y pruebas de compatibilidad.**OBJETIVO (6):** Reponer la volemia y componentes específicos de la sangre (glóbulos rojos, plasma, plaquetas, etc.) para mantener o restaurar la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre en caso de déficit o complicaciones médicas y evitar el shock hipovolémico.**INDICACIONES (7):** Anemia severa, déficit de algún componente sanguíneo o en caso de alguna patología sobreagregada: purpura trombocitopenia. Así mismo, en aquellas pacientes que no se pueden sustituir sangre o hemoderivados mediante otras alternativas.**Contraindicaciones (8)**

Desconocimiento del grupo y factor del receptor.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Calentador de Fluidos |
| 2 | Cama clínica o camilla |
| 3 | Monitor multiparámetro |
| 4 | Tensiómetro |
| 5 | Estetoscopio |
| 6 | Coche de tratamiento |
| 7 | Porta suero |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|----------------|
| 1 | Cubeta |
| 2 | Riñonera |
| 3 | Tambor pequeño |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|----|--|
| 1 | EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro y lentes. |
| 1 | Equipo de transfusión |
| 2 | Guantes no estériles |
| 3 | Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm |
| 4 | Jeringa descartable 10 y 20 cc |
| 5 | Torundas de algodón |
| 6 | Guantes estériles N° 7 o 7 1/2 |
| 7 | Llave de 3 vías |
| 8 | Esparadrapo |
| 9 | Catéter endovenoso N°18 |
| 10 | Termómetro |
| 11 | Estetoscopio |
| 12 | Tensiómetro |
| 13 | Apósito adhesivo transparente 10 x 12 cm |

**PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)**

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	Sol.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
3	Gluconato de calcio 10%	amp.
4	Cloruro de Sodio 0.9% x 1000	Frasco

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar las indicaciones médicas.
2	Informar al paciente y/o familiar el procedimiento a realizar.
3	El consentimiento informado del receptor deberá estar firmado por el médico tratante y por el paciente y/o familiar.
4	Efectivizar todos los tramites correspondiente previos a la transfusión: receta de Farmacia con los materiales necesarios, ordenes correspondientes, pruebas cruzadas, pedidos de bolsa cuádruple. En pacientes pagantes se debe pedir al familiar el ticket de pago de todos procedimientos.
5	Solicitar el hemocomponente a banco de sangre, según formato establecido.
7	En banco de sangre, recepcionar el hemocomponente, registrar y firmar hora y fecha en el libro de transfusiones y transportar adecuadamente el hemocomponente.
8	Recepcionar el hemocomponente en el servicio y verificar que coincida con las pruebas de compatibilidad y los códigos correspondientes del banco de sangre, así como el grupo y factor del paciente correcto en el paquete sanguíneo.
9	Inspeccionar el hemocomponente si hay presencia de hemolisis o coágulos. Comprobar la integridad de la bolsa colectora. Si existe alguna anomalía comunicar inmediatamente al Banco de Sangre.
10	Verificar nuevamente el formato de conducción el nombre y apellido del paciente, grupo sanguíneo, factor RH, número de unidades a transfundir y los códigos correspondientes.
11	Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada para la transfusión.
12	Higiene de manos clínico y colocarse el EPP.
13	Comprobar vía periférica del paciente, que tenga un catéter de calibre adecuado para la transfusión. De lo contrario canalizar una vía periférica con catéter N°18 exclusivo para la transfusión sanguínea.
14	Comprobar permeabilidad de vía periférica.
15	Insertar el Equipo de transfusión a la bolsa de sangre o hemoderivados y purgar, luego conectar el extremo distal del sistema a la llave de triple vía y catéter IV, de forma aséptica y fijar con el esparadrapo.
16	Colocar la extensión de la línea en el calentador de fluidos.
17	El paquete globular previamente dejar reposar a temperatura ambiente, máximo de 30 minutos en el tópic. Para plasma y crioprecipitado se debe transfundir inmediatamente.
18	Regular goteo según indicación médica, por que dependerá del estado clínico del paciente.
19	Tomar funciones vitales antes de comenzar la transfusión, volver a controlar a los 15 min, a los 30 min, a la hora y al final de la transfusión.
20	Registrar en la hoja de conducción por duplicado la hora de inicio y los datos solicitados. Firmar y colocar el sello al final.



21	Transfundir la unidad de sangre en un lapso de tiempo no mayor a 3 hrs. A excepción de paciente crítico. A excepción de plasma fresco congelado y crioprecipitado que se transfunde a goteo rápido de 45 a 60 gts x min.
22	Monitorizar la transfusión, observando la aparición de posibles reacciones transfusionales. En caso de reacción adversa suspender inmediatamente y notificar al médico tratante, al Banco de Sangre y atender las reacciones adversas según prescripción médica.
23	Si durante la transfusión se presenta alguna reacción adversa al componente, suspender de inmediato la transfusión y comunicar al médico. Medir las constantes vitales del paciente. Verificar del paciente, el hemoderivado y notificar a laboratorio.
24	Al finalizar la transfusión, administrar cloruro de sodio 5 a 10 cc para mantener la vía endovenosa permeable en caso de continuar con otro componente. Recordar que la vía periférica es exclusiva para la transfusión por lo que deberá canalizarse otra vía periférica para tratamiento e hidratación
25	Dejar al paciente en posición cómoda.
26	Disponer y segregar desechos según norma.
27	Retirarse guantes y el EPP.
28	Lavado de manos clínico.
29	Registrar las notas de enfermería y completar el registro en la hoja de conducción de la transfusión: el tipo de hemocomponente y número de unidades, fecha y hora de inicio, volumen administrado, incidentes y la respuesta del paciente. Considerar también la hora de finalizada la transfusión.
30	Firmar hojas de conducción de la transfusión, notificar al médico tratante, incorporar documentos a la historia clínica y entregar copia del documento a banco de sangre.
31	Si se demorara el inicio de la transfusión mantenerlo a temperatura ambiente. En caso de suspensión de la transfusión, la enfermera devolverá inmediatamente la sangre o hemoderivados.
32	Después de una politransfusión y según indicación médica se administrará Gluconato de Calcio 10% 1 amp EV, según prescripción médica. Habitualmente la transfusión de 1 paquete globular o hemoderivado dura 1 a 3 horas, dependerá de la indicación médica, del estado clínico del paciente, de las unidades a administrar, etc.
COMPLICACIONES (15)	
<ul style="list-style-type: none"> • Reacción hemolítica aguda (RTHA) debida a incompatibilidad ABO. • Enfermedad de injerto contra huésped (EICH) • Sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión. • Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (LPART) 	
REGISTROS (16)	
<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Hoja gráfica • Kardex de Enfermería • Hoja de conducción 	

ANEXOS (17)			
<p>Paquete Globular: Es el concentrado de hematíes resultante de retirar la mayor parte del plasma de la sangre total, dando un volumen resultante de 200 - 250 cc, por ello tiene un mayor hematocrito que la sangre total. Contiene entre 50 y 60gr. De hemoglobina y 250 mg. de hierro y posee la misma capacidad transportadora de oxígeno que la sangre total, pero en menor volumen. Así mismo, tiene las mismas características de conservación y duración.</p>	<p>Plaquetas: Es el hemocomponente resultante de extraer de la unidad de sangre total la masa eritrocitaria, La mayor parte del plasma, así como de leucocitos. Es el único componente que se conserva a temperatura ambiente y en agitación constante, tiene una duración máxima de 5 días.</p>	<p>Plasma Fresco Congelado: Es el plasma extraído de la sangre total, el cual es congelado y guardado a -18° (ideal a -30°) Tiene un volumen de 200 - 250 aproximadamente y una duración máxima de 6 meses. Contiene agua, carbohidrato, grasa, minerales, proteínas y todos los factores de coagulación (lábil y estables) si es obtenida dentro de las 6 hr. de la extracción.</p>	<p>Crioprecipitados: Es un concentrado de proteínas de alto peso molecular obtenida del plasma fresco congelado, que se precipitan por un proceso de descongelación y Resuspensión. Contiene factor I, factor Von Willebrand, factor VIII, factor XIII y fibronectina. Usualmente tiene un volumen de 15-20 cc. posee las mismas características de conservación y duración que el plasma fresco congelado. Es importante resaltar que 01 unidad de sangre total se puede obtener 01 unidad de PFC o 01 unidad de crioprecipitado.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (18)

- Manual de calidad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II". Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" RD N°127-2019. Lima-Perú
- Chávez, O. F., Sánchez, R. J., Rico, J. A., Vázquez. J. R., & Padilla, M. S. (2017) Intervenciones de enfermería en la transfusión sanguínea. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA,5(9). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2259/2257>
- Organización Mundial de la salud; 2017 [citado 24 marzo 2017] Disponible en: [http://www.who.int/topics/blood transfusión/es/](http://www.who.int/topics/blood%20transfusi%20en/)
- Flores-Torrecillas, R., Carballo-Monreal, M. R. Álvarez-Villaseñor, A. S., Valdez-Márquez, ML., González-Ojeda, A., & Fuentes-Orozco, C. (2014). Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. Enfermeriauniversitaria,11(3), 94-100.

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1):** Colocación de Catéter Vesical Permanente**CODIGO (2):** 53445**VERSION (3):** 2022. V.02**DEPARTAMENTO (4):** Enfermería
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5):** Es un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de una sonda o catéter vesical a través del meato uretral hasta el interior de la vejiga, en forma permanente y con fines terapéuticos.**OBJETIVO (6):** Facilitar el control de diuresis, cuantificar y observar las características de la orina y evaluar la orina residual.**INDICACIONES (7):**
Retención urinaria
Hematuria macroscópica
Incontinencia urinaria
Cirugía pélvica
Control estricto de diuresis**CONTRAINDICACIONES (8):**
Estenosis uretral
Ruptura de uretra
Malformaciones congénitas que comprometen la zona genito-urinaria
Traumatismo pélvico
Cirugía de la vejiga o uretra**PERSONAL (9):** Licenciada en Enfermería y Técnica de Enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Coche de tratamiento
2	Coche de higiene
3	Cama clínica o camilla

INSTRUMENTAL (11)

1	Rifonera, bandeja o cubeta estéril
2	Pinza de aseo perineal
3	Chata

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro y lentes.
2	Guantes descartables
3	Catéter Vesical de dos vías N° 12 o 14 (sonda Foley)
4	Guantes quirúrgicos estériles
5	Jeringa descartable de 5cc y 20 CC.
6	Apósito adhesivo transparente 6x7 cm.
7	Gasa de 5x5 por 5 unidades
8	Bolsa colectora de orina de adulto
9	Torundas de Algodón para higiene perineal.
10	Esparrapado

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.

ANEXOS (7)

		
<p>COLOCACION DE LA SONDA VESICAL</p>	<p>FORMA DE INSUFLAR EL BALON DE LA SONDA VESICAL</p>	<p>FORMA DE FIJAR LA SONDA VESICAL EN LA PACIENTE</p>
<p>BIBLIOGRAFIA (18)</p>		
<p>Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Cateterismo Vesical. Enlace: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/rd/RD2014/rd_073_2014.pdf</p>		
<p>https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2018.ficheros/1283125-Cuidados%20en%20la%20inserci%C3%B3n%20mantenimiento%20y%20retrada%20del%20cat%C3%A9ter%20vesical%20con%20evidencia.pdf</p>		



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
de Enfermería**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO POR VOLUTROL****CODIGO (2)**
96365**VERSION (3) | 2022****DEPARTAMENTO (4):** Enfermería
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5):** Procedimiento que permite administrar medicamentos endovenosos por medio del volutrol al torrente sanguíneo en forma de goteo continuo. El volutrol es un dispositivo de alta seguridad diseñado y utilizado para diluir medicamentos y evitar irritación y/o daños en las venas. Conocido como Microgotero o cámara volumétrica.**OBJETIVOS (6)**

Administrar medicamentos de alta concentración en forma diluida y a goteo exacto (microgotero) según indicación médica.

INDICACIONES (7)

- Prescripción médica profiláctica previa a SOP.
- Conseguir concentraciones rápidas.
- Se utiliza cuando se quiere administrar pequeñas dosis de medicamentos en un periodo prolongado de tiempo.
- Administrar fármacos que se degradan o no se absorben por otras vías.
- Sirve para administrar antibióticos endovenosos a pacientes en los que la frecuencia es continua cada 12, 8 o 24 horas.

CONTRAINDICACIONES (8)

NINGUNA

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES****N° DENOMINACION****EQUIPOS BIOMEDICOS (10)**

1 Coche de tratamiento

INSTRUMENTAL (11)

1 Riñonera

2 Cubeta

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1 Mascarilla de 3 filtros o N95 y EPP

2 Guantes quirúrgicos

3. Torundas de algodón

4. Equipo de volutrol

5. Jeringas descartables 10cc

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
----	--------------	--------------------



1.	Gluconato de Clorhexidina al 2 %	Sol.
2.	Alcohol al 70%	Sol.
3.	Cloruro de Sodio al 0.9%	Cc.
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)		
N°	SECUENCIA DE PASOS	
1.	Verificar la indicación médica	
2.	Informar el procedimiento a la paciente.	
3.	Higiene de manos y colocación de guantes estériles	
5.	Preparar el medicamento indicado según los 10 correctos.	
6.	Verificar la permeabilidad de la vía periférica. En caso de no estar permeable canalizar una nueva vía periférica según guía de procedimiento.	
7.	Cargar el volutrol según indicación médica con de Cloruro de Sodio al 0.9%	
8.	Colocar el medicamento en la bureta a través del punto de inyección y luego purgar toda la línea antes de conectar a la llave de triple vía del paciente.	
9.	Regular el goteo según indicación médica y luego pasar el medicamento, habitualmente en 30 minutos como mínimo.	
10	Observar si se presenta alguna reacción adversa al medicamento	
11.	Vigilar en la paciente efectos adversos o reacciones alérgicas producto de la administración del medicamento, además indicar a la paciente que si presenta cualquier signo o síntoma durante o después de la administración nos informe de inmediato.	
12.	Al finalizar la administración del medicamento, adicionar 10 cc de Cloruro de Sodio al 9% lentamente para pasar todo el medicamento que se quedó en la línea y dejar permeable para la próxima administración.	
13.	Retirar los desechos según su clasificación en los lugares respectivos.	
14.	Higiene de manos clínico.	
15.	Realizar las anotaciones en los registros de enfermería.	
COMPLICACIONES (15)		
Flebitis, edema, necrosis.		
REGISTROS (16)		
Anotaciones de enfermería Kardex de enfermería		
ANEXOS (17)		
		
MODELO DE EQUIPO DE VOLUTROL		FORMA DE PREPARACION Y CONECCION
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)		
1. Alcimars Medic S.A.C. Equipo de Volutrol y Venoclis - material médico. Lima: Perú. 2022. Buscar como: https://www.alcimarsmedic.com		

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1)** PUNCION ARTERIAL (AGA)

CODIGO (2) 82803	VERSION (3) IV 2022	DEPARTAMENTO (4) ENFERMERIA SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
----------------------------	----------------------------	--

DEFINICION (5) La gasometría es un tipo de prueba que se realiza para el análisis de gases en sangre (oxígeno y dióxido de carbono) y su pH (acidez).**OBJETIVO (6)** Valorar el pH sanguíneo, las presiones parciales de los diferentes gases que existen en la sangre arterial (O₂ y CO₂) y el equilibrio ácido básico.**INDICACIONES (7)**

- Valorar el patrón respiratorio.
Evaluar la existencia de insuficiencia respiratoria aguda.
- Evaluar el nivel de oxigenación y perfusión
- Determinar la existencia de desequilibrios electrolíticos
- Realizar registros de valores basales respiratorios.
- Cuantificar respuesta en oxigenoterapia.

CONTRAINDICACIONES (8)

- Cirugía previa a la zona.
- Infecciones cutáneas
- Lesión o proceso infecciosos en el sitio de infección.
- Pacientes tratados con anticoagulantes o con coagulopatía conocida
- Prueba modificada de Allen negativa
- Presencia de fistula arteriovenosa
- Disminución de la circulación colateral

PERSONAL (9) Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1.	Cama clínica o camilla
2.	Coche de tratamiento

INSTRUMENTAL (11)

1.	Rifonera
2.	Cubeta

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1.	EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro, lente y guantes quirúrgicos.
2.	Guantes descartables
3.	Apósito de gasas
4.	Papel toalla
5.	Esparadrapo
6.	Torundas de algodón
7.	Jeringa para AGA o jeringa heparinizada (3 unid.)
8.	Contenedor para desechar material fungible

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1.	Gluconato de clorhexidina al 2%	sol.
2.	Alcohol al 70%	sol.

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)**

N°	SECUENCIA DE PASOS
1.	Informar al paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
2.	Colocar al paciente según la arteria elegida.
3.	Realizar lavado de manos clínico según técnica.
4.	Colocarse los guantes estériles según técnica.
5.	Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio.
6.	Para la punción de la arteria radial, hiperextender la muñeca.
7.	Desinfección de la zona de punción con gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario.
8.	Para la punción radial o braquial colocar la aguja de la jeringa en un ángulo de 45° y/o 60° y para la arteria femoral en un ángulo de 90, ambos con el bisel de la aguja hacia arriba.
9.	Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado (rojo rutilante) sin necesidad de aspirar.
10.	Obtener 1 a 2 ml de sangre evitando las burbujas de aire.
11.	Al retirar la aguja, presionar directamente sobre el lugar de punción con la gasa estéril por un tiempo mínimo de 3 minutos.
12.	Remover la mínima burbuja de aire, desechar la aguja y proteger la jeringa con el tapón de caucho.
13.	Agitar la jeringa para mezclar la heparina con la muestra de sangre y evitar la coagulación. Rotular la jeringa e indicar la concentración de oxígeno en caso de oxigenoterapia y la temperatura corporal.
14.	Enviar inmediatamente la muestra a laboratorio.
15.	Retirar el material utilizado en los contenedores correspondiente.
16.	Dejar cómoda a la paciente.
17.	Quitarse los guantes y realizar el lavado de manos clínico.
18.	Efectuar las anotaciones de procedimiento en los registros de Enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Reacción vagal
- Hiperventilación (por miedo o dolor)
- Neuropatías por compresión secundaria a los hematomas causados por las punciones arteriales
- Hematomas
- Trombosis

REGISTROS (16)

- Historia clínica,
- Kardex de Enfermería
- Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)



PALPACION DE LA ARTERIA RADIAL



PUNCION DE 30 A 45° CON EL BISEL ARRIBA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. <https://www.revista-portalesmédicos.com/revistamedica>
2. Jiménez Martín JM, variabilidad y adherencia de las enfermeras a las recomendaciones en la realización de gasometría arterial y canalización de arterial radial. Rev. Cuidándote. Vol. IV, junio 2013
3. R.D. 0564 - DG - HONADOMANI SB- /2014 Manual de Guías de procedimientos asistenciales de Enfermería

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) NEBULIZACIÓN EN PACIENTES ADULTOS**

CODIGO (2) 94664	VERSION (3) IV 2022	DEPARTAMENTO (4) Enfermería SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
----------------------------	-------------------------------	--

DEFINICION (5) Es la administración terapéutica en forma de vapor de un fármaco mediante la presión de oxígeno, con la finalidad de que el medicamento llegue a las vías respiratorias. Producen menos efectos secundarios que otros medicamentos administrados por otras vías.

OBJETIVO (6): Favorecer el tratamiento de las distintas enfermedades respiratorias. Y pueden actuar como broncodilatadores, mucolíticos, antibióticos o corticoides.

INDICACIONES (7)	CONTRAINDICACIONES (8)
. Administración de fármacos a pacientes con compromiso respiratorio	. Hipersensibilidad a los componentes del fármaco
. Enfermedades obstructivas crónicas	. Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias cardiacas y taquicardias no pueden usar broncodilatadores.

PERSONAL (9) Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1.	Fuente de oxígeno
2.	Manómetro
3.	Niple
4.	Cama y/o camilla y/o silla
5.	Coche de tratamiento
6.	Pulsioxímetro

INSTRUMENTAL (11)

1.	Riñonera y/o Cubeta
----	---------------------

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1.	EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro, gafas y guantes descartables.
2.	Set de nebulización adulto
3.	Jeringa descartable 10 ml.
4.	Gasa 10 x 10 x 2 unidades.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACIÓN	FORMA FARMACEUTICA
1.	Gluconato de clorhexidina al 2 %	sol.
2.	Cloruro de sodio al 0.9% - 100 ml.	frasco
3.	Medicamento opcional: Broncodilatador	solución en gotas

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1.	Informar al paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
2.	Verificar la prescripción médica en la historia clínica.
3.	Preguntar a la paciente si es alérgica a algún medicamento.
4.	Realizar el lavado de manos clínico

5.	Preparación del equipo y material que se va usar.
6.	Colocar al paciente en posición: fowler o sem fowler.
7.	Control de funciones vitales y saturación de oxígeno antes y después del procedimiento.
8.	Colocar en el vial del nebulizador la solución fisiológica y el medicamento según prescripción médica.
9.	Conectar el nebulizador a la fuente de oxígeno utilizando un flujo de 6 a 8 litros.
10.	Colocar la mascarilla al paciente de manera que selle nariz y boca, verificando que se produzca una nube de aerosol y permanecer de 15 a 20 minutos. Dependiendo de las indicaciones medicas que puede ser cada 20 min o cada 4, 6 o 8 hr. según sea el caso particular.
11.	Al finalizar cerrar la fuente de oxígeno y retirar el nebulizador.
12.	Dejar a la paciente en posición cómoda
13.	Limpia y proteger el nebulizador
14.	Lavado de manos clínico.
15.	Realizar el registro en el Kárdex y en las anotaciones de enfermería.
COMPLICACIONES (15)	
Hipersensibilidad dependiendo al fármaco indicado, temblores y taquicardia.	
REGISTROS (16)	
Historia clínica	
Kárdex de enfermería	
Anotaciones de enfermería	
ANEXO (17)	
	
EQUIPO DE NEBULIZACION COMPLETO	COLOCACION CORRECTA DEL NEBULIZADOR
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (18)	
1. K. Alfaro y E. Escudero. Escuela de Salud. Guía de Oxigenoterapia y Nebulización 2017.	
2. Manual de Enfermería. Oceano-Cetrum. 2012. Lima Perú	

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1):** MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. (UPP).**CODIGO (2):**
15884**VERSION (3):** 2022. V.04**DEPARTAMENTO (4):** Enfermería
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5):** Según la OMS, la ulcera por presión es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos adyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Las medidas están orientadas a conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias.**OBJETIVO (6):** Eliminar o disminuir los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las úlceras por presión (UPP).**INDICACIONES (7):** En pacientes críticos con inmovilidad prolongada/ Pacientes con alteración en el estado de conciencia: estupor, confusión, coma/ Deficiencias motoras: paresia, parálisis.**CONTRAINDICACIONES (8):** Ninguna**PERSONAL (9):** Licenciada en Enfermería y técnico de enfermería.**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Cama, camilla.
2	Colchón anti escaras
3	Cojines
4	Rodetes

INSTRUMENTAL (11)

1	Riñonera y/o cubeta
---	---------------------

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro, gafas, guantes quirúrgicos.
2	Papel toalla de hojas separadas
3	Guantes limpios descartables
4	Apósito gel hidratante

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la identidad del paciente.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3	Preparar el material que se va a usar.
4	Lavado de manos clínico.
5	Colocación del EPP Y calzado de guantes quirúrgicos.
6	Valorar en la paciente los factores de riesgo asociados al desarrollo de las úlceras por presión.
7	Clasificar a los pacientes según riesgo: bajo riesgo, riesgo moderado o alto riesgo. (Escala de Braden).

8	Valorar el estado de la piel de la paciente al menos una al día, teniendo en cuenta especialmente donde se localizan las prominencias óseas (sacro, coxis, talones, caderas, escápulas, codos, etc.) zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones, etc.) y presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, etc. usando la escala de Braden)
9	Realizar el baño de paciente en cama según guía de procedimiento
10	Mantener la piel hidratada y sin fricción (aplicar cremas hidratantes, dando masajes suaves y procurando su completa absorción).
11	Para reducir las posibles lesiones por fricción colocar el apósito Gel hidratante en zonas de presión (SAT GEL).
12	Realizar cambios posturales cada 2 horas, con ayuda del personal técnico (rotación programada según reloj de cambio postural).
13	Colocar medios complementarios que reduzcan zonas de presión: cojines, rodetes y colchón neumático, etc.
14	Mantener la ropa de cama limpia, en orden y sin arrugas.
15	Proporcionar dieta equilibrada e ingesta de líquidos previa indicación médica.
16	Eliminar los residuos según su clasificación
17	Retirarse el EPP y los guantes.
18	Lavado de manos clínico.
19	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

Úlcera por Presión

REGISTROS (16)

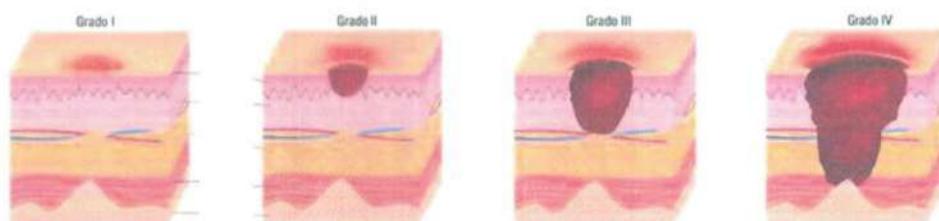
Historia Clínica

Kardex de Enfermería

Anotaciones de Enfermería

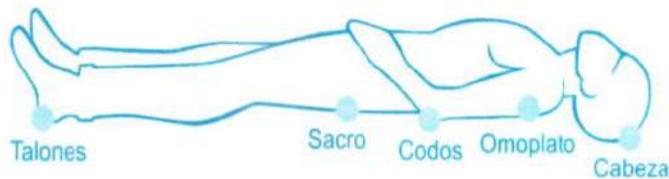
ANEXOS (17)

ESTADIOS DE ÚLCERAS

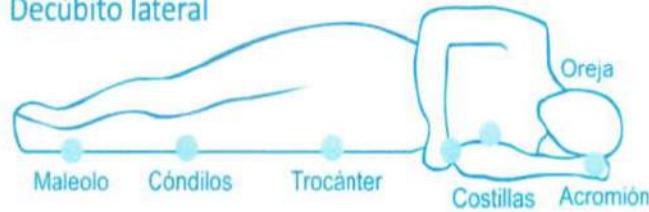


ZONAS DE PRESION DE MAYOR RIESGO

Decúbito dorsal



Decúbito lateral



ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden: Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Se considera como riesgo de desarrollar UPP cuando el puntaje es menor o igual a 16.

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
<u>PERCEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LEGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1)** EDUCACION SANITARIA AL ALTA DEL PACIENTE**CODIGO (2)**
92938**VERSION (3)** 2022 V II**DEPARTAMENTO (4)** ENFERMERIA
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5)** Es una actividad básica, donde el personal de enfermería prepara al paciente a través de información detallada para su retorno a casa, luego de haber pasado por un proceso de internamiento.**OBJETIVO (6)** Orientar e informar al paciente y familia sobre el proceso de recuperación, el tratamiento y la continuidad de los cuidados a seguir en casa después del proceso de alta.**INDICACIONES (7)**

Cuando el paciente se encuentra en un estado de mejoría y pasado su periodo agudo de la enfermedad y el médico tratante certifica su recuperación.

CONTRAINDICACIONES (8)

- . Paciente con alto riesgo de complicaciones.
- . Paciente que no recupere su salud.

PERSONAL (9) Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|----|--------------------------|
| 1. | Equipo para cama cerrada |
| 2. | Camilla |
| 3. | Silla de ruedas |
| 4. | Carro de ropa sucia |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|----|---------------|
| 1. | Tensiómetro |
| 2. | Termómetro |
| 3. | Estetoscopio |
| 4. | Pulsioxímetro |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|----|---|
| 1. | Papel toalla |
| 2. | EPP: mandilón, mascarilla N95, gorro, gafas y guantes estériles |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

- | N° | DENOMINACION | FORMA FARMACEUTICA |
|----|----------------------------------|----------------------------|
| 1. | Gluconato de clorhexidina al 2 % | sol. |
| 2. | Medicamentos solicitados al alta | tabletas, cremas, ampollas |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

- | N° | SECUENCIA DE PASOS |
|----|--|
| 1. | Verificar en la historia clínica la indicación de alta. |
| 2. | Verificar que las hojas de alta estén firmadas y selladas por el médico tratante y estén completas (si el paciente es SIS, hoja FUA Y CONTRARREFERENCIA) |
| 3. | Cuando el paciente es particular, el familiar se dirigirá a caja a cancelar todos los gastos ocasionados en la hospitalización del paciente. |
| 4. | La enfermera de turno sellará la hoja de liquidación, dando su conformidad. |

5.	Se brinda educación sanitaria a la paciente en base a las indicaciones medicas del alta dadas por el medico en una receta por escrito.
6	Preguntar a la paciente si tiene dudas respecto a las indicaciones del alta dadas por el médico. Se debe agotar todas las dudas posibles antes de salir de alta.
7	En caso de ser paciente SIS, entregar las medicinas dadas por farmacia.
8	Se refuerza la educación sanitaria sobre continuidad del tratamiento, signos de alarma, alimentación, higiene, cuidados en casa, control médico y otros.
9	Preguntar nuevamente si todo está claro o si aún tiene dudas.
10	Se controla las funciones vitales al alta del paciente y registrar en la historia clínica.
11	Se indica a la paciente que debe cambiarse de ropa para su salida del hospital. Si tuviese vía periférica se le retira.
12	Si la paciente requiere de apoyo al caminar se le facilitara la silla de ruedas para su traslado.
13	La paciente y/o familiar entregará a su salida, la hoja de liquidación al personal de vigilancia, debidamente firmada y sellada por el personal de enfermería.
14	Lavado de manos clínico.
15	Supervisar la limpieza de la unidad del paciente.
16	Registrar la hora del alta del paciente en la historia clínica y en el censo. <i>la hoja del</i>

COMPLICACIONES (15)

Presencia de un signo de alarma

Problemas administrativos (falta de pago, adeuda unidades de sangre, complicaciones en el RN.)

REGISTROS (16)

Censo

Kárdex de enfermería

Anotaciones de enfermería

Libro de ingresos y egresos

ANEXOS (17)

"La educación para el alta brindada a los pacientes es una práctica que cumple la función del rol de enfermería en el proceso de transición o egreso hospitalario, llegando a ser un indicador de la calidad de la atención y de la satisfacción del paciente. De acuerdo a la literatura, es una herramienta efectiva y un mandato ético que permite garantizar la continuidad de los cuidados, ya que existen muchos reportes de las dificultades que tienen los pacientes para recordar las instrucciones al alta. Dificultades derivadas de un proceso de preparación insuficiente y que se vinculan con complicaciones post hospitalarias, uso de los servicios de urgencia con mayor probabilidad de reingreso hospitalario y menor satisfacción usuaria" (2).



**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)**

1. Manual "Protocolo de Enfermería" Hospital Universitario Reino Sofia-Cordova-2019
2. Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. Index Enfermería vol.27 no.1-2 Granada ene./jun. 2018. versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296
3. López E, Leonel A, Córdoba M, Campos E. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Enf Neurol (Mex) 2014; 13(1):12-18. [Links]
4. Tixtha LE, Alba LA, Córdoba ÁMÁ, et al. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Enf Neurol (Mex). 2014;13(1):12-18



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de
SaludHospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
de Enfermería**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1)** CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**CODIGO (2)** 51701**VERSION (3)**
I.2022**DEPARTAMENTO (4)** Enfermería
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5):** El cateterismo vesical es la introducción de una sonda vesical a través de la uretra hasta el interior de la vejiga, según técnica estéril, con fines diagnósticos y terapéuticos. Es un procedimiento invasivo y traumático a la estructura de las vías urinarias.**OBJETIVO (6)** Facilitar la evacuación de la orina con fines diagnósticos y terapéuticos.**INDICACIONES (7)**

- Obtención de muestra estéril (urocultivo)
- Facilitar el drenaje de la orina para aliviar la retención aguda o crónica.
- Determinar la medición precisa del residuo vesical en pacientes pos micción.

CONTRAINDICACIONES (8)

- Estenosis uretral
- Ruptura de uretra
- Malformaciones congénitas que comprometen la zona genito-urinaria
- Traumatismo pélvico
- Cirugía de la vejiga o uretra.

PERSONAL (9) Licenciada de enfermería y técnica de enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1.	Cama clínica o camilla
2.	Coche de curaciones
3.	Coche de higiene

INSTRUMENTAL (11)

1.	Rifonera y/o cubeta
2.	Pinza de aseo perineal
3.	Chata

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	EPP: mandilón, mascarilla N95, lentes, gorro y guantes estériles
1.	Catéter vesical N.º 14 ò 16 (sonda nélaton)
2.	Guantes quirúrgicos estériles
4	Frasco estéril de orina para adulto
5	Esparadrapo
6	Torunda de algodón
7	Guantes descartables
8	Papel toalla hojas separadas

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1.	Gluconato de clorhexidina al 2 %	sol.
2.	Agua destilada o cloruro de sodio al 0.9 %	frasco

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

ANEXOS (17)

		
<p>TECNICA DE INCERSION DE SONDA VESICAL</p>	<p>SONDA NELATON PARA CATETERISMO INTERMITENTE</p>	<p>NUMEROS DE SONDA NELATON MAS USADOS: 12 ó 14</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos>. 2019 — Diferenciador entre las sondas vesicales y uretrales. Indicaciones del sondaje vesical/uretral.
2. Paul H. Chung. Cateterismo vesical. MD, Sidney Kimmel Medical College, Thomas Jefferson University. 2020. Enlace: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-urogenitales/pruebas-y-procedimientos-urogenitales/cateterismo-vesical>

**FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL****NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1)** CONTROL DE ALBÚMINA EN ORINA**CODIGO (2)**
82043**VERSION (3)** IV 2022**DEPARTAMENTO (4)** ENFERMERIA
Servicio de Gineco Obstetricia**DEFINICION (5)** Es un examen que busca la presencia de albúmina en una muestra de orina, luego de colocar gotas de ácido sulfosalicílico y se realiza con fines diagnósticos.**OBJETIVO (6)** Detectar precozmente una enfermedad renal en personas con diabetes u otros factores de riesgo como la hipertensión y pre eclampsia en gestantes.**INDICACIONES (7)**

- Pacientes con diabetes tipo I y II
- Pacientes con más de 20 semanas de gestación.
- Pacientes con hipertensión u otra afección renal.

CONTRAINDICACIONES (8) Ninguna**PERSONAL (9)** Lic. en Enfermería**RECURSOS MATERIALES**

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Coche de higiene vulvoperineal
2	Cama clínica

INSTRUMENTAL (11)

1	Riñonera y/o Cubeta
2	Chata
3	Pinza de aseo perineal

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	EPP: mandilón, gafas, mascarilla N95 y guantes quirúrgicos
2	Torundas de algodón para higiene
3	Guantes descartables
4	Gasa estériles 10 x 10 cm
5	Frasco para orina
6	Papel toalla
7	Catéter vesical (nélaton N° 12 ó 14)

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	ml.
2	Ácido sulfosalicílico al 30%	ml.
3	Agua destilada	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar orden médica y la identidad de la paciente
2	Informar a la paciente y/o familia el procedimiento a realizar
3	Higiene de manos clínico.
4	Preparar el equipo y material necesario

5	La preparación física del paciente dependerá del estado de conciencia de la paciente, si esta consciente, se le explicara como realizarse el aseo vulvoperineal y como obtener la muestra de orina en el frasco estéril. En caso la paciente se encuentre limitada a hacerlo, se obtendrá la muestra de orina a través de la colocación de una sonda vesical según técnica.
6	Colocarse el EPP y calzarse los guantes descartables.
7	Colocar a la paciente en posición de litotomía y realizar higiene vulvo perineal con ayuda del personal técnico de enfermería.
9	Obtener muestra de orina (10 a 15 cc) en frasco estéril.
10	Quitar la chata y dejar cómoda a la paciente.
11	Cambiarse de guantes limpios.
12	A la muestra de orina de 3cc añadir 5 gotas de ácido sulfosalicilico.
13	Lectura de resultados: orina blanquecina: +, orina lechosa: ++, orina yogur: +++
14	Retirar y eliminar los desechos según su clasificación en los lugares respectivos.
15	Lavado de manos clínico.
16	Efectuar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería y hoja clínica.
17	Comunicar al médico el resultado.

COMPLICACIONES (15)

Ninguna

REGISTROS (16)

Kardex

Anotaciones de enfermería

Historia clínica

ANEXOS (17)

DEFINICIONES.

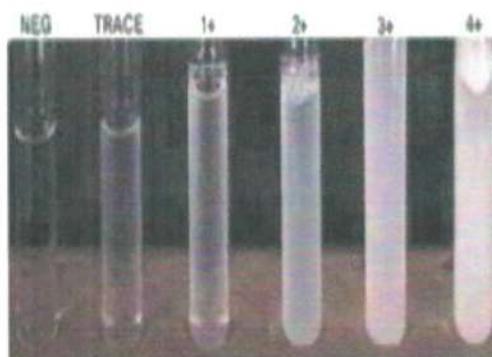
1. Orina: Secreción de color amarillo que es secretada por los riñones como resultado de la depuración y el filtrado de la sangre, se acumula en la vejiga se expulsa por la uretra.

2. Albumina: Es una proteína producida por el hígado. La albumina ingresa al torrente sanguíneo y ayuda a mantener el líquido sin que se filtre de los vasos sanguíneos a otros tejidos. También transporta varias sustancias para el cuerpo como hormonas, vitaminas, y enzimas.

3. Ácido sulfosalicilico: Sustancia cristalina, hidrosoluble utilizada como reactivo en pruebas para la detección de albumina en orina.

TEST DEL ACIDO SULFOSALICILICO

Este test detecta todas las proteínas.





4. Albuminuria. Es un signo de enfermedad renal y significa que el paciente tiene exceso de albúmina en la orina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96725>

2. Padilla Ortiz, Andrés Alexander, Guamán Cajilema, Jessica Paola Utilidad de la microalbuminuria en la detección precoz de preeclampsia. Revista Latinoamericana de Hipertensión [en línea]. 2017, 12(5), 104-108[fecha de Consulta 8 de abril de 2022]. ISSN: 1856-4550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309001>

3. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100002