

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA

**VERSION 2**

**2014**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## CONTENIDO

- DEFINICION CONSULTA EXTERNA
  - OBJETIVOS
  
- FUNCIONES ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA
- MEDIDAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD
- LLEGADA DEL PACIENTE A LA CONSULTA
- HISTORIA CLINICA
- ATENCION MEDICINA ESPECIALIZADA
- CONSULTA DE PROMOCION Y PREVENCION
- CONSULTA UROLOGICA
- CONSULTA GINECOLOGICA
- CONSULTA DE PEDIATRIA
- CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA
- CONSULTA CIRUGIA GENERAL
- CONSULTA MEDICINA INTERNA
- CONSULTA OFTALMOLOGIA
- CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA
- SALA DE PROCEDIMIENTOS MINIMOS
  - OBJETIVO
  - HORARIO ATENCION
  - TAMIZAJE CERVICOUTERINO
  - COLPOSCOPIA

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- TOMA ELECTROCARDIOGRAMA
- CURACIONES
- RETIRO DE PUNTOS
- COLOCACION DE SONDA VESICAL
- LAVADO DE OIDO
- LAVADO OCULAR
- TOMA DE SIGNOS VITALES
- SOMATOMETRIA
- PROTOCOLO LAVADO DE MANOS
- COLOCACION MANIPULACION Y RETIRO DE GUANTES ESTERILES
- PROGRAMA DE EDUCACION AL PACIENTE CRONICO
- BIBLIOGRAFIA

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## DEFINICION

Consulta Externa es el área o servicio de atención a la salud el paciente ambulatorio donde se ofrece orientación, diagnósticos y tratamientos médicos.

La consulta externa es el departamento en el cual se ofrece atención médica a los enfermos no hospitalizados y cuyo padecimiento permite acudir al hospital. La atención medica en consulta externa puede ser de diversas índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen a un diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

Comprende lo que a grandes rasgos se define como Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades.

### Objetivos de la consulta externa:

1. Preparar al paciente para la consulta.
2. Brindar el apoyo al médico y al paciente de acuerdo a sus necesidades.

### Funciones de enfermería en consulta externa

1. Asistencial.
2. Administrativa

### Medidas de higiene y seguridad

1. Asepsia medica antes y después de que salga el paciente de la consulta médica.
2. Mantener limpio y ordenado el consultorio.
3. Esterilizar el equipo utilizado.

Relación con otras áreas del hospital La consulta externa se relaciona de manera principal

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

con el archivo clínico de historias médicas y farmacia. En segundo grado se relaciona con: Toma de muestras, radiología y urgencias.

### LLEGADA DEL PACIENTE A LA CONSULTA

1. Proporcionar orientación oportuna al paciente y familia.
2. Mejoramiento de la salud.

Normas: A todo Paciente:

1. Al llegar a la consulta tiene que anunciarse por orden de llegada.
2. Se debe realizar historia clínica.
3. Se debe realizar la medición de las constantes vitales.
4. Esperar turno en voz baja y tranquilo (a).
5. Al finalizar dicha consulta debe tener asignada la próxima consulta médica.
6. Orientar al paciente sobre la referencia hacia los especialistas y exámenes complementarios.

### HISTORIA CLINICA

Resultado esperado

Pasos a seguir para la realización de la historia clínica

1. Sentar al paciente solo o con el familiar en el consultorio para su privacidad al momento de su entrevista.
2. Preguntar: Nombre completo, edad, lugar y fecha de nacimiento, cedula de identidad, dirección actual y la dirección de un familiar, teléfonos locales, celular y de un familiar.
3. Dejar todo debidamente asentado en la historia clínica.
4. Empezar a medir las constantes vitales, registro

### CONSULTA DE PROMOCION Y PREVENCION ENFERMERIA

#### INTRODUCCION

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Ofrece las siguientes actividades, de protección específica a sus pacientes de Médicos asociados, brindando este servicio con una atención humanizada, con un talento humano idóneo y de calidad con el fin de garantizar a toda la población una atención periódica eficiente, oportuna y sistemática con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico, tratamiento, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Estos programas son basados siguiendo los lineamientos de la Resolución 412-2000

## **PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Este programa es brindado a todos los niños y niñas de 0-9 años de edad con el fin de detectar precoz y oportunamente los problemas de salud y de desarrollo de la población infantil; promover la salud física, mental y emocional del niño (a) y así mismo permite brindarle una educación en salud con énfasis en nutrición, normas higiénicas, de salud oral, desarrollo psicomotor, psicoafectivo, prevención de accidentes, importancia del juego y la importancia de las vacunas.

**Características del Servicio:** La inscripción o consulta de primera vez, es realizada por el médico General.

**Consultas de Control o Seguimiento:** Son realizadas cada tres meses por una Profesional de Enfermería (Enfermera Jefe) del programa de Promoción y Prevención y auxiliar de enfermería debidamente capacitado.

## **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

### **Objetivo general**

Brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, por parte de los administradores de planes de beneficio y los prestadores de servicios de salud.

### **Objetivos específicos**

- Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños
- Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo
- Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños
- Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital
- Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micronutrientes

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI
- Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva
- Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.

### **PROCEDIMIENTO: CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

1. Fecha

Hora de atención

Control de crecimiento y desarrollo por enfermería

Edad.

2. Anamnesis:

Indagar sobre cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o la enfermera en el control anterior.

Revisión del esquema de Vacunación, antecedentes alimentarios, lactancia exclusiva materna, mixta, complementaria. Antecedentes personales y familiares, alergias.

**SUBJETIVO:**

Estado de salud del niño (niño activo, aparentemente sano, colaborador, irritable, intranquilo, pálido, tímido, etc.). Hábitos alimenticios: que esta comiendo, como es el apetito.

**OBJETIVO:**

**Examen Físico:**

Todo lo que se encuentra anormal, se debe hacer valoración de genitales para identificar: fimosis en niños, problemas infecciosos en niñas o signos de abuso sexual en ambos.

- Signos Vitales: Peso, Talla, perímetro cefálico.
- Valoración estado nutricional
- Valoración de las conductas de acuerdo a la edad: diligenciar escala, anotar la calificación de alerta, medio, medio alto, alto según el puntaje obtenido en motricidad gruesa, Motricidad fina, adaptiva, audición y lenguaje personal social.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Valoración Psicosocial: signos de maltrato físico o psicológico
- Agudeza visual y Auditiva
- Inferencia o Educación:

.Temas de acuerdo a la edad y los hallazgos encontrados en la valoración como Nutrición e higiene.

- . Estimulación adecuada
- . Fomento de factores protectores, prevención de accidentes.
- . Signos de Alarma
- . Diligenciar SIS 412 “atención infantil y pre-escolar”
- . Diligenciamiento y análisis de curvas peso y talla de acuerdo al género y estado nutricional: rejillas para evaluación del crecimiento y estado nutricional en menores de 5 años. Anotar los mismos datos en el carnet de salud del menor.
- . Remisión: para vacunación para completar: cita odontológica o médica, trabajo social.

Fecha de próximo control y firma de enfermera responsable.

## **PROGRAMA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN**

Este programa se ofrece a todos los jóvenes de 10-29 años con el fin de garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud a todos los jóvenes del Municipio de contratación. Es realizado por un profesional de la salud (Médico general) debidamente capacitado para la atención. A si mismo en este programa el joven tiene la oportunidad de recibir la toma de laboratorios (hemoglobina y Hematocrito).

### **Desarrollo del Joven / 10 - 17 años**

Este grupo de edad enfrenta riesgos particulares relacionados con la violencia, la salud sexual, reproductiva y los trastornos psicosociales, lo que hace necesario implementar un mecanismo de detección temprana de los mismos que permita prevenir oportunamente las alteraciones o enfermedades.

Por medio de la consulta médica se busca detectar posibles alteraciones en el desarrollo del adolescente, así mismo se informa y orienta sobre los riesgos encontrados, se educa en temas como autoestima, sexualidad responsable, planificación familiar, cambios físicos y psicológicos de la adolescencia, manejo de conflictos y comunicación familiar.

### **Desarrollo del Joven / 18 - 29 años**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Este programa se realiza con una consulta médica en la cual se hace una evaluación completa del estado físico, al igual que los riesgos relacionados con la edad y el rol que el joven desempeña. Además se educa en temas como planificación familiar y sexualidad responsable.

## **PROGRAMA DE DETECCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA HOMBRES Y MUJERES**

Programa dirigido a todos los hombres y mujeres en edad fértil respetando los derechos sexuales y reproductivos. El programa ofrece consejería en Planificación Familiar, suministros de anticonceptivos orales e inyectables, inserción y control de Dispositivos Intrauterinos. Los controles son realizados por profesionales de la salud (médico general y Enfermera Jefe).

### **CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR**

FECHA – HORA DE ATENCION – CONTROL DE HIPERTENSION POR ENFERMEDAD – EDAD (Datos Según Formato establecido).

#### 1. Anamnesis:

Estado civil escolaridad, (AP) antecedentes personales de enfermedades o intervenciones quirúrgicas (AF) antecedentes familiares, alergias, consumo de alcohol, cigarrillo; otras sustancias (en caso que la respuesta sea afirmativa, cuantos al día), Método actual de planificación y tiempo FUM: fecha de ultima citología y resultado, hábitos alimentarios y realización de ejercicio.

#### 2. Subjetivo:

Verificar el uso correcto del método: como se toma las píldoras, horarios, cantidad, en caso de inyectables día que inicio el método y días en los que se aplica habitualmente la inyección. Situación actual de salud y posibles molestias o efectos colaterales: aumento de peso, cefalea, aumento de la presión arterial, presencia de venas varices, cambios mamarios.

#### 3. Objetivo:

Valoración Cefalocaudal: con la finalidad de buscar efectos colaterales.  
Signos Vitales: presión arterial, pulso, respiración, temperatura y peso.

#### 4. Inferencia o Educación:

Uso correcto del método de planificación, importancia de la citología, hábitos alimenticios. Brindar educación sobre la manera de realizar el autoexamen de senos (en caso de ser hombre la realización del autoexamen de testículos).

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Recordar que los métodos anticonceptivos (hormonales, quirúrgicos, DIU) a excepción de los métodos de barrera, NO previene el contagio de ETS por ello se recomienda usar condón como método de protección adicional.

Remisión:

Citología, otro programa de PYP, vacunación.

Se termina la nota con la formulación del método, por cuanto tiempo se formula, cita para el próximo control y responsable de la atención.

\* Diligenciar SIS 406: Atención Planificación Familiar.

## PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL ADULTO

Las actividades de detección temprana con el fin de brindar un diagnóstico oportuno, un control de los factores de riesgo, tratamiento y rehabilitación a las enfermedades cardiovasculares que afecta a este grupo poblacional. Este programa es ofrecido a todos las personas de 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años el cual es realizado anualmente por el médico general con previos laboratorios y por personal de enfermería en la realización de afinamientos o tamizaje de tensión Arterial.

- Glicemia
- Perfil lipídico (colesterol HDL, LDL, triglicéridos)
- Creatinina
- Uroanálisis

El objetivo principal de este programa es la detección de riesgos y enfermedades crónicas del adulto en edades de 45, 50, 55, 60, 65,70 años y en edades posteriores cada cinco años. Para tal fin contamos con las siguientes actividades:

Consulta por medico general; en la cual se realiza una valoración que incluye examen físico y solicitud de exámenes de laboratorio básicos como glicemia, perfil lipídico, uroanálisis y creatinina para la identificación de riesgos.

Educación en estilos de vida saludable; la cual está encaminada a promover el autocuidado e informar acerca de los factores de riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia, las enfermedades del metabolismo, las enfermedades pulmonares, etc.

En personas mayores de 45 años con factores de riesgo se realiza educación en estilos de vida saludable, de acuerdo con el riesgo encontrado. Si los exámenes de laboratorio son anormales y hay presencia de signos y síntomas, se remite al programa de control de la patología respectiva en la IPS primaria.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Para usuarios sin riesgo alguno se realiza control cada 5 años.

## **PROGRAMA DE DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL**

La detección tempranamente de las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera en la población, 4, 11, 16, 45, 55, 65 y más años y el examen oftalmológico a personas de mayores de 55 años a través de la toma de la agudeza visual.

## **PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO**

Todas las mujeres de 25-69 años o menores de 25 años con vida sexual activa para la toma de citología. Contamos con un talento humano idóneo debidamente capacitado, una infraestructura adecuada el cual le permite total privacidad y conocer el resultado oportuno de su citología.

## **TAMIZAJE CERVICOUTERINO**

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Es uno del cáncer en los que es posible hacer detección temprana, así también existen tratamientos resolutivos de fácil aplicación que lo hacen prácticamente curable.

La experiencia de otros países muestra que la mejor alternativa para prevenir la mortalidad por cáncer cérvico uterino es la detección y el tratamiento de los procesos inflamatorios cérvico vaginales y lesiones precursoras como son: la displasia leve NIC 1, (lesión de bajo grado) moderada NIC 2, severas y el cáncer in situ, NIC 3 (lesión de alto grado).

Para la detección temprana del cáncer cérvico uterino, la citología cervical (Papanicolaou), es el método de tamizaje de elección, a nivel mundial. Los países del primer mundo han disminuido su mortalidad a través de la citología ginecológica, con programas de cobertura y calidad bien establecidos.

En la actualidad, el papel del VPH en el desarrollo de las neoplasias cervicales es indiscutible, el cáncer cérvico uterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, a partir de la infección por VPH, aunada a factores de riesgo, que conduce a una etapa pre invasora. Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento.

El cáncer cérvico uterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas «displasias» las cuales se clasifican por el Sistema Bethesda como anomalía en células epiteliales: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) incluyendo infección por virus del Papiloma humano / displasia leve NIC 1, y en lesiones escamosas intraepitelial de alto grado (LEIAG) incluyendo en estas categorías a la displasia moderada, grave y el cáncer in situ (NIC 2 y NIC 3) y por último carcinoma epidermoide invasor.

### **OBJETIVO:**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones pre canceroso y cáncer.

Estudio de citología cervical

El estudio está indicado en las mujeres de 25 a 64 años prioritariamente en quienes nunca se lo han realizado ó que tengan algunos de los siguientes factores de riesgo.

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Infección por virus del papiloma humano.
- Mujer de 25 a 64 años de edad.
- Múltiples parejas sexuales del hombre y de la mujer.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico cervical.

### CONTRAINDICACIONES

La única contraindicación es la presencia de sangrado menstrual.

### MATERIAL Y EQUIPO:

- Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical

Se deben registrar todos los datos consignados en la hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical, cuidando que la información sea clara y precisa, ya que parte de la información orientará al cito- tecnólogo en la búsqueda intencionada de elementos que ayudarán a conformar el diagnóstico citológico, y el resto de la información facilitará el seguimiento de los casos, así como su registro en el sistema de información.

- Portaobjetos Es una laminilla rectangular de vidrio de 25 x 75 Fig. 2 mm. con un espesor de 0.8 a 1.1 mm; con área esmerilada o sin ella en un tercio de la superficie de una de sus caras, en donde se anotan los datos de identificación de la usuaria y la fecha; en el resto de la superficie, se deposita el material biológico en cantidad suficiente para su observación en fresco o posterior a la tinción.

La laminilla debe manejarse siempre por los bordes, nunca por las caras. Lápiz marcador Es el utensilio con el cual se rotula la laminilla.

Puede utilizarse un lápiz de grafito, del número 2 ó 2 1/2, para rotular sobre el área esmerilada que poseen algunas laminillas. MARCADOR PERMANENTE

- Espátula de Ayre Modificada: Es un instrumento alargado de 17.5 cm. con dos diferentes extremos, uno en forma semicónica terminada en punta (que permite la toma de la muestra del canal endocervical y la otra de forma bifurcada, para la toma de la muestra del exocérvix.

- Hisopo: Es un palillo de madera de 18 cm de longitud aproximadamente, con uno de sus extremos cubierto de algodón no absorbente, que por sus características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, premenopáusicas o postmenopáusicas y adolescentes, que mantiene íntegras las células sin producirles modificaciones.

- Espejo vaginal de Graves: Es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y otra inferior fija; cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la abertura e

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

inmovilización de las valvas, y sirve para visualizar la cavidad vaginal y el cuello uterino. Existen diversos tamaños y seleccionará el más adecuado a la complejidad de la mujer, para evitar contaminar el equipo y el contacto directo con la paciente.

-Fijadores:

- Alcohol Etilico
- Citospray (alcohol base y una sustancia cerosa).
- Alcoholes: metanol 100% propanol 80% e/o isopropanol 80%.
- Otros aerosoles sin laca.

Un fijador apropiado para el citodiagnóstico debe reunir las siguientes características: Cubrir y penetrar la célula rápidamente; reducir la posibilidad de que la célula se contraiga, mantener la morfología íntegra; inactivar la autólisis enzimática; reemplazar la hidratación celular; permitir la permeabilidad de la tinción a través de la membrana plasmática; permitir la adhesión celular al portaobjeto; unir las tinciones subsecuentes de acuerdo al método usado; ser bactericida, y conservar permanentemente las células. El alcohol etílico (Etanol al 96%) es de acción rápida, no tóxico, confiable que produce mínimos cambios de encogimiento y endurecimiento celular.

El Citospray es un fijador soluble en agua, compuesto por un alcohol como base y una sustancia cerosa que otorga una delgada protección celular. Cuando la muestra es recibida en el laboratorio éste es removido y se completa la fijación en el proceso de tinción. Para fijar la muestra se puede hacer introduciéndola directamente en un recipiente con tapa y alcohol de 96%, por 30 minutos como mínimo para su fijación total

Es importante que la muestra se fije en un tiempo menor de 5 segundos posteriores al extendido, para evitar que se deshidrate y que se altere la morfología de las células.

- Mesa de exploración Lo más conveniente es disponer de una mesa de exploración ginecológica con perneras o taloneras, si no se cuenta con ella se podrá utilizar una mesa o cama, permita una posición adecuada. Fuente de luz Lámpara de chicote o linterna sorda que proporcione iluminación suficiente y permita una clara visualización de los genitales femeninos y del cuello uterino, que permita identificar posibles patologías y tomar una muestra citológica adecuada.

- Mesa de Mayo - Estructura de acero inoxidable - Cubierta en plancha de acero inoxidable, con pestañas en bordes superiores y plegadas (sin cantos vivos) - Cuatro ruedas de 03, doble giro, con banda de goma - Dimensiones de bandeja: 60cms. x 70 cms. - Tipos de estructura (alternativas) a) Estructura cromada y bandeja de acero inoxidable b) Estructura de acero inoxidable y bandeja de acero inoxidable

**\*\*Para garantizar una adecuada atención a la usuaria se deben tener en cuenta:**

- La privacidad en la atención
- La disponibilidad de insumos y equipo necesario
- La orientación y consejería es informar previamente a la mujer sobre el procedimiento a realizar
- El consentimiento informado de la usuaria
- La capacidad técnica para el procedimiento por el prestador del servicio
- La calidez en la prestación del servicio.

Preparativos para la toma Atención y entrevista de la usuaria

Es conveniente atender a la usuaria en presencia de otra persona, siempre con cortesía y pleno respeto.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Se debe garantizar un espacio independiente donde la mujer se sienta cómoda, evitando la entrada y salida de personal. Se le debe informar que el procedimiento es sencillo y que le puede ocasionar algunas molestias, especialmente al introducir el espejo, por lo que hay que explicar cada paso; dura sólo unos minutos y que no tiene riesgos; así mismo, habrá que realizar el interrogatorio, registrar la información en la Hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical (Anexo), con precisión y claridad, siguiendo el instructivo para su llenado; y mencionarle la importancia de acudir a la entrega de resultado y cumplir con las indicaciones médicas.

**Preguntas Importantes:**

- Durante el interrogatorio, para identificar factores de riesgo, es responsabilidad del personal de salud brindar información a la usuaria acerca de las conductas a tomar para modificar los factores de riesgo.
- Autocuidado de la Salud
- Higiene genital.
- Atención de infecciones en ella y su pareja.
- Alimentación basada en vitaminas A,C,E y folatos.

**PROCEDIMIENTO.**

1. Asignación de cita ,para la toma, dar recomendaciones en cuanto a vestido, no uso de lavados genitales, no relaciones sexuales mínimo 72 horas, venir acompañada
2. Preparación de material y equipo para el procedimiento y registros respectivos:
  - Mesa de mayo
  - Mesa de examen
  - Lámpara de cisne
  - Elementos de protección personal
  - Kit de toma: espejulo, espátula e hisopo
  - Cito fijador
  - Libros de registro
  - Formato de registro
  - Historia clínica de la paciente
  - Rips
  - Elementos de protección personal
3. Recibir la paciente, indicarle como será el procedimiento, lavado de manos, registros, realizar Nota de enfermería respectiva
4. Indicarle a la paciente que desocupe la vejiga, pedirle que se retire la ropa interior, que se acueste en la camilla y que ponga sus piernas en la posición adecuada.
5. Realizar especuloscopia identificando el cuello tomar muestra de endocervix con la espátula realizar el extendido en el borde de la laminilla, contrario a la marcación de la misma
6. Con el hisopo o cito cepillo introducir en el cuello y tomar muestra de endocervix, extenderla en el espacio del centro en la lamina
7. Adicionar el citofijador, esparciéndolo a unos 20cm de la laminilla

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

8. Dejar secar por 10 minutos
9. Guardar en el estuche marcado
10. Relacionar y enviar al Instituto de Patología Caldense en Manizales

## **PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO**

Programa dirigido todas las mujeres en gestación el programa prenatal, con una atención humanizada de calidad, garantizando una gestación normal y un vínculo madre-hijo. Este programa consiste en la inscripción al programa por personal profesional (médico general) el cual se le ofrece a la gestante los siguientes laboratorios:

- Hemograma (Hematocrito, hemoglobina)
- Hemoclasificación
- Serología
- Uroanálisis
- Glicemia
- Test-Sullivan
- Consejería de la toma de VIH-SIDA
- Frotis de flujo vaginal
- Citología Cervicouterina
- Ecografía obstétrica

Las consultas de seguimiento o control son realizadas mensualmente por enfermera Profesional, en donde se le ofrece a la mujer gestante suministros de multivitamínicos, Aplicación de Toxoide Tetánico y consultas por odontología.

## **CONTROL PRENATAL**

### **OBJETIVOS**

- Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo
- Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna
- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno
- Establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención del sistema de salud
- Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación.

### **Actividades Básicas del Control Prenatal a la Gestante sin Factores de Riesgo**

1. Elaboración de la Historia Clínica

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

2. Evaluación del perfil de riesgo
3. Solicitud de exámenes Paraclínicos básicos
4. Administración de Toxoide Tetánico
5. Formulación de micronutrientes
6. Evaluación y manejo de situaciones especiales:
  - Mujeres gestantes en regiones endémicas de malaria, fiebre amarilla o uncinariasis
  - Mujeres gestantes sintomáticas respiratorias, seropositivas HIV o hepatitis B, víctimas de maltrato y adolescentes.
7. Remisión a consulta odontológica general
8. Educación a la madre compañero y familia
9. Diligenciamiento y entrega de carnet materno

Nota: La periodicidad de la consulta debe ser mensual hasta la semana 36 y cada 15 días después de esta.

### **Exámenes Paraclínicos Básicos del control Prenatal para la gestante sin Factores de Riesgo**

<b>PARACLINICOS BÁSICOS</b>	<b>Primera visita 1- 12 sem</b>	<b>12 a 16 sem</b>	<b>20 a 24 sem</b>	<b>24 a 28 sem</b>	<b>28 a 34 sem</b>
Hemoglobina y hematocrito	X				X
Hemoclasificación	X				
VDRL	X				X
Prueba Elisa para VIH				X	
Prueba de HBs Ag	X		X		
Urocultivos		X			
Glicemia a la hora con una carga de 50gr de glucosa				X	
Ecografía Obstétrica			X		
Frotis de flujo vaginal		X			

Nota: Los exámenes paraclínicos deberán ser complementados con aquellos que sean necesarios de acuerdo con los factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación a lo largo de su embarazo.

### **PROCESO: CONTROL PRENATAL**

1. Fecha, Hora de atención, control prenatal por enfermería, edad, edad de gestación, riesgo

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Con base en el CLAP se Inicia:

2. Anamnesis: Estado Civil, escolaridad, (AP) antecedentes personales de enfermedades o de intervenciones quirúrgicas, alergias (AF) antecedentes familiares de Hipertensión, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, trastornos mentales, gestaciones múltiples.
  - GPA: G Numero de embarazos, P: número de partos, A: número de abortos, en este último se debe especificar tiempo y causa, fecha del último parto si han sido múltiples o únicos, prematuros o a termino o prolongado, por vía vaginal o cesárea, especificar primipaternidad, consumo de alcohol y cigarrillo, otras sustancias ( en caso de que la respuesta sea afirmativa cuantos al día) ocupación de la madre, embarazo planeado, FUM, FPP, NUMERO DE SEMANAS POR FUM Y NUMERO DE SEMANAS POR PRIMERA ECOGRAFIA.
  - .Asistencia a curso psicoprofilactico
  - .Toma micronutrientes
  - .Esquema de vacunación (incompleto o en proceso)
  - .Prueba de VIH rectificar que los resultados estén en la Historia .Clínica.... S i no Buscarlos.
  - .Fecha de la última citología vaginal y su respectivo resultado
  - .Indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamiento (rectificar con el control anterior)
  - .Hábitos alimenticios y realización de ejercicio.
3. Subjetivo: Es lo que el paciente refiere: cómo se siente, molestias que ha tenido, como se siente emocionalmente, perdidas vaginales, movimientos fetales, sintomatología de infección urinaria (ardor, dolor al orinar, mal olor, orina muy concentrada) o cervicovaginales (presencia de flujo mal oliente, características coloración amarilla, gris, leche cortada, grumoso, etc.) cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara miembros superiores e inferiores.
4. Objetivo: es lo que se puede medir
  - .Valoración Cefalocaudal: hacer referencia en mamas, genitourinario, miembros inferiores valorara edema, realizar ginecológico si esta alterado.
  - .Signos Vitales: presión arterial, pulso, respiración, temperatura y peso.
  - .Valoración Obstétrica: Altura uterina (AU), frecuencia cardiaca fetal (FCF), presentación, movimientos fetales.
  - Llenar datos completos en el CLAP anexar datos a la altura uterina y peso ganado. Analizar las curvas de ganancia de peso crecimiento uterino y anotar respectivo percentil.
5. Inferencia o Educación:
  - .signos de alarma
  - .importancia de la asistencia al curso psicoprofilactico
  - .Educar y preparar para la lactancia materna
  - .Fomento de factores
  - .Prevención de automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
6. Pendiente: exámenes de laboratorio: de acuerdo a tabla establecida

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

7. Remisión a: ginecobstetricia, salud oral, curso psicoprofilactico, citología ( a partir del segundo trimestre, vacunación de la Td ( a partir del 3 mes y hasta el 7 mes 2 dosis con intervalo de 1 mes)

Para finalizar la nota se debe colocar intervalo para el próximo control y el responsable de la atención.

## **ATENCIÓN DE PARTO**

## **ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDO**

## **PROGRAMA PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN P.A.I**

## **SALUD ORAL**

### **ATENCIÓN MEDICINA ESPECIALIZADA:**

La consulta por especialista, es atendida según solicitud de los pacientes, dependiendo de los pacientes se solicita al especialista para abrir consulta, entre las especialidades que atiende en la ESE se encuentran:

- UROLOGIA
- ORTOPEDIA
- GINECOLOGIA
- PEDIATRIA
- ANESTESIOLOGIA
- CIRUGIA GENERAL
- MEDICINA INTERNA
- OFTALMOLOGIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

### CONSULTA UROLOGIA:

Rama de la medicina referente al estudio del tracto urinario en ambos géneros, y al tracto genital o sistema reproductor en el hombre.

### CONSULTA UROLÓGICA EN:

- HOMBRES
- MUJERES
- NIÑOS

### CONSULTA GINECOLOGIA

La **ginecología** es la especialidad de la **medicina** dedicada al cuidado del **sistema reproductor femenino**. Los **ginecólogos**, por lo tanto, son los especialistas que atienden las cuestiones vinculadas al **útero**, la **vagina** y los **ovarios**

La ginecología permite el diagnóstico y tratamiento de **enfermedades** como el cáncer, el prolapso, la amenorrea, la dismenorrea, la menorragia y la infertilidad. Para realizar su tarea, los ginecólogos utilizan instrumentos como el **espéculo**, que posibilita el desarrollo de exámenes en la vagina y el cuello del útero.

### CONSULTA DE PEDIATRIA

La **pediatría** es la especialidad médica que estudia al niño y sus enfermedades. El término procede del griego *paidos* (niño) e *iatrea* (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia tanto al niño sano como al enfermo.

Cronológicamente, la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Dentro de ella se distinguen varios periodos: recién nacido (primeras cuatro semanas), lactante

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

(1-12 meses de vida), preescolar (1-6 años), escolar (6-12 años) y adolescente (12-18 años).

La puericultura es una de las especialidades de la medicina. Significa "cuidado de los niños" y viene del latín *puerilis* (niño) y *cultura* "cultivo"; o sea, el arte de la crianza. Por eso hoy en día se habla de la puericultura científica, que busca como objetivo final la resiliencia; es decir, la capacidad del individuo de triunfar en la vida a pesar de la adversidad.

### **CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA**

Se realiza en el consultorio médico del servicio. El anestesiólogo tomará conocimiento de la Historia clínica, hará la evaluación física y solicitará exámenes suplementarios si fuera necesario. Con esta información planificará la estrategia anestésica más conveniente para la realización del acto anestésico ante un procedimiento quirúrgico. El médico explicará todo lo relacionado a la anestesia y tratamiento del dolor. Además, entrega indicaciones sobre el ayuno y los medicamentos que deberá continuar o suspender antes de la anestesia. Es importante recomendar al paciente llevar lista de medicamentos con sus respectivas dosis si toma.

La consulta de anestesia es obligatoria para todo anestesiólogo realizarla y es un derecho suyo como paciente recibirla.

### **CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL**

La cirugía general es la especialidad médica de clase quirúrgica que abarca las operaciones del aparato digestivo; incluyendo el tracto gastrointestinal y el sistema hepato-bilio-pancreático, el sistema endocrino; incluyendo las glándulas suprarrenales, tiroides, paratiroides y otras glándulas incluidas en el aparato digestivo. Así mismo incluye la reparación de hernias y eventraciones de la pared

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

abdominal. En estas áreas de la cirugía no se precisa un especialista aunque el cirujano general puede especializarse en alguna de ellas.

La mayoría de las intervenciones en cirugía general requiere instrumental similar a excepción de los procedimientos rectales, mamarios y tiroideos, los cuales precisan instrumental especial. Mediante el uso de elemento quirúrgico profesional y adecuado para cada tipo de intervención. El médico cirujano valora y solicita exámenes al paciente desde el consultorio consignando en la historia clínica.

### **CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

La medicina interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo que ingresa a la Clínica. El médico que ejerce la especialidad de medicina interna se llama médico internista.

#### **Objetivos**

Atención clínica integral y completa de los pacientes con problemas de salud

Guía al enfermo en su compleja trayectoria por el sistema sanitario hospitalario, dirigiendo y coordinando la actuación frente a su enfermedad y coordinando al resto de especialistas necesarios para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los médicos internistas son los expertos a quienes recurren los médicos de atención primaria y el resto de especialistas para atender a enfermos complejos cuyo diagnóstico es difícil, que se encuentran afectados por varias enfermedades o que presentan síntomas en varios órganos, aparatos o sistemas del organismo.

Atender a los pacientes con las enfermedades más habituales que acuden a la clínica, ingresados o en consultas ambulatorias.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

La extensa formación de los internistas no evita, sin embargo, que sean expertos en el control de los factores de riesgo cardiovascular, enfermedades infecciosas y muy especialmente el VIH, la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad tromboembólica venosa y todas las enfermedades reumatológicas y autoinmunes.

### **CONSULTA DE OFTALMOLOGIA**

Es la valoración que realiza un profesional Oftalmólogo o subespecialista sobre el estado anatómico y funcional del ojo, anexos y estructuras relacionadas, las patologías del globo ocular, la musculatura ocular, sistema lagrimal, párpados y sus tratamientos, que comprende una valoración del segmento anterior y del fondo de ojo posterior a la Dilatación pupilar.

### **CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

La otorrinolaringología (ORL) es la especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto médico como quirúrgico, de las enfermedades de:

1. El oído.
2. Las vías aéreo-digestivas superiores: nariz y senos paranasales, faringe y laringe.
3. Las estructuras próximas de la cara y el cuello.

Asimismo la cirugía traumatológica, oncológica, plástica, estética y reparadora de la cara y el cuello también pueden ser tratadas por el médico otorrinolaringólogo y especialista en cirugía de cabeza y cuello.

La patología de los dientes, encías, glándulas salivales, senos maxilares, mandíbula y maxilar corresponde al odontólogo pudiendo éste también encargarse de la cirugía de estas estructuras.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

En las consultas de Oftalmología y Otorrinolaringología como la de Urología, el médico especialista es portador de equipos médicos que requieren para las diferentes valoraciones.

### **CITOLOGIA VAGINAL: CONSULTORIO EXCLUSIVO**

Es una evaluación microscópica de células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina.

Es una prueba de detección para cáncer de cuello uterino

#### **OBJETIVO:**

Establecer criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra, que permita la adecuada interpretación y diagnóstico citológico de las alteraciones pre canceroso y cáncer.

#### **Estudio de citología cervical**

El estudio está indicado en las mujeres de 25 a 64 años prioritariamente en quienes nunca se lo han realizado ó que tengan algunos de los siguientes factores de riesgo.

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Infección por virus del papiloma humano.
- Mujer de 25 a 64 años de edad.
- Múltiples parejas sexuales del hombre y de la mujer.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio citológico cervical.

#### **CONTRAINDICACIONES**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

La única contraindicación es la presencia de sangrado menstrual.

**MATERIAL Y EQUIPO:**

- Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical

Se deben registrar todos los datos consignados en la hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical, cuidando que la información sea clara y precisa, ya que parte de la información orientará al cito- tecnólogo en la búsqueda intencionada de elementos que ayudarán a conformar el diagnóstico citológico, y el resto de la información facilitará el seguimiento de los casos, así como su registro en el sistema de información.

- **Portaobjetos** Es una laminilla rectangular de vidrio de 25 x 75 Fig. 2 mm. con un espesor de 0.8 a 1.1 mm; con área esmerilada o sin ella en un tercio de la superficie de una de sus caras, en donde se anotan los datos de identificación de la usuaria y la fecha; en el resto de la superficie, se deposita el material biológico en cantidad suficiente para su observación en fresco o posterior a la tinción.

La laminilla debe manejarse siempre por los bordes, nunca por las caras. Lápiz marcador Es el utensilio con el cual se rotula la laminilla.

Puede utilizarse un lápiz de grafito, del número 2 ó 2 1/2, para rotular sobre el área esmerilada que poseen algunas laminillas. MARCADOR PERMANENTE

- **Espátula de Ayre Modificada:** Es un instrumento alargado de 17.5 cm. con dos diferentes extremos, uno en forma semicónica terminada en punta (que permite la toma de la muestra del canal endocervical y la otra de forma bifurcada, para la toma de la muestra del exocérvix.

- **Hisopo:** Es un palillo de madera de 18 cm de longitud aproximadamente, con uno de sus extremos cubierto de algodón no absorbente, que por sus características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, premenopáusicas o postmenopáusicas y adolescentes, que mantiene íntegras las células sin producirles modificaciones.

- **Espejo vaginal de Graves:** Es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y otra inferior fija; cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la abertura e inmovilización de las valvas, y sirve para visualizar la cavidad vaginal y el cuello uterino.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

Existen diversos tamaños y seleccionará el más adecuado a la complejidad de la mujer, para evitar contaminar el equipo y el contacto directo con la paciente.

**-Fijadores:**

- Alcohol Etilico
- Citospray (alcohol base y una sustancia cerosa).
- Alcoholes: metanol 100%
- Otros aerosoles sin laca.

Un fijador apropiado para el citodiagnóstico debe reunir las siguientes características: Cubrir y penetrar la célula rápidamente; reducir la posibilidad de que la célula se contraiga, mantener la morfología íntegra; inactivar la autólisis enzimática; reemplazar la hidratación celular; permitir la permeabilidad de la tinción a través de la membrana plasmática; permitir la adhesión celular al portaobjeto; unir las tinciones subsecuentes de acuerdo al método usado; ser bactericida, y conservar permanentemente las células. El alcohol etílico (Etanol al 96%) es de acción rápida, no tóxico, confiable que produce mínimos cambios de encogimiento y endurecimiento celular.

El Citospray es un fijador soluble en agua, compuesto por un alcohol como base y una sustancia cerosa que otorga una delgada protección celular. Cuando la muestra es recibida en el laboratorio éste es removido y se completa la fijación en el proceso de tinción. Para fijar la muestra se puede hacer introduciéndola directamente en un recipiente con tapa y alcohol de 96%, por 30 minutos como mínimo para su fijación total

Es importante que la muestra se fije en un tiempo menor de 5 segundos posteriores al extendido, para evitar que se deshidrate y que se altere la morfología de las células.

**- Mesa de exploración** Lo más conveniente es disponer de una mesa de exploración ginecológica con perneras o taloneras, si no se cuenta con ella se podrá utilizar una mesa o cama, permita una posición adecuada. Fuente de luz Lámpara de chicote o linterna sorda que proporcione iluminación suficiente y permita una clara visualización de los genitales femeninos y del cuello uterino, que permita identificar posibles patologías y tomar una muestra citológica adecuada.

**- Mesa de Mayo** - Estructura de acero inoxidable - Cubierta en plancha de acero inoxidable, con pestañas en bordes superiores y plegadas (sin cantos vivos) - Cuatro ruedas de 03, doble giro, con banda de goma - Dimensiones de bandeja: 60cms. x 70

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

cms. - Tipos de estructura (alternativas) a) Estructura cromada y bandeja de acero inoxidable b) Estructura de acero inoxidable y bandeja de acero inoxidable

**\*\*Para garantizar una adecuada atención a la usuaria se deben tener en cuenta:**

- La privacidad en la atención
- La disponibilidad de insumos y equipo necesario
- La orientación y consejería es informar previamente a la mujer sobre el procedimiento a realizar
- El consentimiento informado de la usuaria
- La capacidad técnica para el procedimiento por el prestador del servicio
- La calidez en la prestación del servicio.

**Preparativos para la toma Atención y entrevista de la usuaria**

Es conveniente atender a la usuaria en presencia de otra persona, siempre con cortesía y pleno respeto.

Se debe garantizar un espacio independiente donde la mujer se sienta cómoda, evitando la entrada y salida de personal. Se le debe informar que el procedimiento es sencillo y que le puede ocasionar algunas molestias, especialmente al introducir el espejo, por lo que hay que explicar cada paso; dura sólo unos minutos y que no tiene riesgos; así mismo, habrá que realizar el interrogatorio, registrar la información en la Hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical (Anexo), con precisión y claridad, siguiendo el instructivo para su llenado; y mencionarle la importancia de acudir a la entrega de resultado y cumplir con las indicaciones médicas.

**Preguntas Importantes:**

- Durante el interrogatorio, para identificar factores de riesgo, es responsabilidad del personal de salud brindar información a la usuaria acerca de las conductas a tomar para modificar los factores de riesgo.
- Autocuidado de la Salud
- Higiene genital.
- Atención de infecciones en ella y su pareja.
- Alimentación basada en vitaminas A, C, E y folatos.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

### PROCEDIMIENTO.

11. Asignación de cita ,para la toma, dar recomendaciones en cuanto a vestido, no uso de lavados genitales, no relaciones sexuales mínimo 72 horas, venir acompañada
12. Preparación de material y equipo para el procedimiento y registros respectivos:
  - Mesa de mayo
  - Mesa de examen
  - Lámpara de cisne
  - Elementos de protección personal
  - Kit de toma: espejulo, espátula e hisopo
  - Cito fijador
  - Libros de registro
  - Formato de registro
  - Historia clínica de la paciente
  - Rips
  - Elementos de protección personal
13. Recibir la paciente, indicarle cómo será el procedimiento, firma de autorización para su procedimiento, lavado de manos, registros, realizar Nota de enfermería respectiva
14. Indicarle a la paciente que desocupe la vejiga, pedirle que se retire la ropa interior, que se acueste en la camilla y que ponga sus piernas en la posición adecuada.
15. Realizar especuloscopia identificando el cuello tomar muestra de endocervix con la espátula realizar el extendido en el borde de la laminilla, contrario a la marcación de la misma
16. Con el hisopo o cito cepillo introducir en el cuello y tomar muestra de endocervix, extenderla en el espacio del centro en la lamina
17. Adicionar el citofijador, esparciéndolo a unos 20cm de la laminilla
18. Dejar secar por 10 minutos
19. Guardar en el estuche marcado

Relacionar y enviar al Instituto de Patología Caldense en Manizales

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

### **COLPOSCOPIA: CONSULTORIO EXCLUSIVO**

Una colposcopia es una manera de lograr una vista aumentada del cuello del útero. Se usa para detectar células anormales en el cuello del útero y en las áreas cercanas a él. Durante un procedimiento de colposcopia, el ginecólogo usa un colposcopio, un instrumento que se asemeja a unos binoculares con luz, montados sobre un trípode.

La colposcopia se pueden usar cuando:

- Los resultados de las pruebas de Papanicolaou o del virus del papiloma humano son anormales
- Se observan anomalías en el cuello del útero durante un examen ginecológico
- Es necesario descubrir las causas de un sangrado inexplicable o de otros problemas

El procedimiento de colposcopia se usa para determinar si es necesario realizarse más pruebas o tratamientos

#### Que es una Biopsia

En caso de que exista alguna parte del cuello del útero que tenga anomalías, un proveedor de atención de la salud tomará una pequeña muestra de esa parte y la enviará para que sea examinada en un laboratorio. Esto se conoce como biopsia. Durante el procedimiento de colposcopia frecuentemente se realiza una biopsia. Algunas veces es necesario que una mujer se realice más de una biopsia

El procedimiento de la colposcopia es muy sencillo. No se necesita anestesia, y se puede realizar en el consultorio.

- La mujer se acuesta sobre la mesa de examen en la misma posición que se usa para hacerse una prueba de Papanicolaou
- Se inserta un espéculo, instrumento metálico o de plástico, en la vagina para separar las paredes. Es posible que sienta alguna presión cuando se coloca el espéculo
- El médico raspa con un hisopo embebido en una solución similar al vinagre las paredes de la vagina y el cuello del útero. La solución elimina las mucosas y tiñe de blanco las células anormales, lo que permite que se vean mejor. Es posible que sienta un pequeño ardor causado por la solución. También, se puede aplicar yodo para permitir que se vean con más facilidad las células anormales del cuello del útero.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- El médico observa el cuello del útero y la vagina en dimensiones amplificadas a través del colposcopio desde la parte externa de la vagina, el instrumento nunca ingresa en el cuerpo.

Las biopsias se extraen de cualquier área que presente células cervicales anormales.

Esto se lleva a cabo de dos formas:

- Raspando las células con un pequeño cepillo o con un pequeño aro de metal llamado cureta
- Tomando una muestra de tejido del tamaño de la mitad de un grano de arroz con un instrumento similar a una perforadora de papel; esto se conoce como punzón de biopsia

El tejido que se recolectó se envía a un laboratorio. Un médico lo examinará en el laboratorio

La colposcopia y la biopsia generalmente toman alrededor de 10 minutos

Prepararse para una colposcopia es muy sencillo

- Programa el procedimiento de la colposcopia cuando no tiene periodo menstrual la paciente
- Posiblemente según indicaciones el médico ordene analgesia previa al procedimiento por algunas molestias.
- No realizar duchas vaginales y no tener relaciones sexuales mínimo 24 horas antes.

Es muy raro tener problemas después de una colposcopia y una biopsia. Algunos riesgos poco frecuentes son sangrado o infección que necesiten tratamiento

- Sangrado que es más que pequeñas pérdidas, a menos que creas que sea el periodo menstrual
- Fiebre o escalofríos
- Flujo vaginal abundante, amarillento o maloliente
- Dolor fuerte en la parte inferior del abdomen

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA: CONSULTORIO EXCLUSIVO

### DESCRIPCIÓN

Técnica diagnóstica no invasiva, destinada a registrar la corriente eléctrica del músculo cardíaco, producida por la actividad del corazón en función del tiempo, mediante la instalación de electrodos colocados en puntos específicos del cuerpo

### OBJETIVO

Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón durante un ciclo cardíaco

### RESPONSABLES

Enfermera Y/O Auxiliar de Enfermería

Para la realización de un EKG necesitamos:

- **Electrodos**, que son los conductores que ponen en comunicación los polos de un electrolito con el circuito.
- **Electrocardiógrafo**: consta de un galvanómetro, un sistema de amplificación y otro de registro en papel milimetrado.

A través de los electrodos situados en el tórax, brazos y piernas se puede obtener después de amplificarlos, un registro de estas descargas eléctricas (que están transmitidas por los tejidos corporales desde el corazón hasta la piel) este registro se conoce con el nombre de ECG.

La aguja del galvanómetro sólo se desplaza hacia arriba y hacia abajo. Cuando la corriente eléctrica que está registrando un electrodo va en la misma dirección, lo que se registra en el ECG es una onda positiva; si lo que está registrando el electrodo es una corriente eléctrica que se aleja de él, lo que se obtendrá en el registro es una onda negativa, por el trazado que origina la aguja del galvanómetro al desplazarse hacia abajo.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

La mayoría de los electrocardiogramas actuales tienen un alto grado de automatización, presentando en general buena calidad de registro. Lo más habitual es que la calibración del aparato se haga a 10mm=1mv y la velocidad del papel a 25 mm/seg.; así como la inscripción más corriente se hace por chorro de tinta.

- **El papel del registro** es milimetrado de forma que dos barras gruesas equivalen a un tiempo de 0,20 seg. estando este periodo a su vez, dividido en periodos más cortos de 0,04 seg.

Para obtener un trazado electrocardiográfico adecuado es necesario registrar al menos 5 segundos por derivación y una tira larga entre 30 y 60 segundos en la D2, pues es la derivación donde la onda P y el complejo QRS puede ser bien observado.

#### **Preparación del material necesario para hacer un EKG:**

Antes de llevar a cabo cualquier técnica hay que tener preparado el material que se va a emplear, y estar seguros de conocer el aparato que vamos a usar, este material es:

- Electrocardiógrafo.
- Electrodo.
- Material conductor o pasta conductora.
- Papel milimetrado.
- Gasas o pañuelos de papel.
- Bolígrafo.
- Camilla.

#### **PROCEDIMIENTO**

- Lavado de manos
- Recolectar el material y trasladar a la unidad del paciente
- Saludar y llamar al paciente por su nombre
- Informar al paciente el procedimiento a realizar
- Preservar la intimidad y nivel de autovalencia del paciente

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Acomodar la altura de la cama para favorecer su ergonomía y bajar una baranda, si procede
- Solicitar o Retirar de objetos de metal portados por el paciente
- Solicitar o acomodar al paciente en decúbito supino.
- Solicitar o descubrir el tórax, antebrazo y piernas del paciente
- Prepara la zona, limpiar la piel con agua o alcohol, rasurando la zona si precisa.
- Marcar los puntos precordiales si el paciente va a requerir ECG de control
- Encender la maquina y verificar buen funcionamiento
- Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm./seg. y el voltaje a 1mv. Seleccionar “filtro” y modalidad manual o automática
- Colocar los electrodos en los puntos indicados

· **Tórax. Derivaciones precordiales.**

- V 1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
- V 2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
- V 3 – Entre V 2 y V 4.
- V 4 – 5<sup>o</sup> espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.
- V 5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V 4.
- V 6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V 4.

· **Extremidades** (tercio medio antebrazo y pierna)

RA/ Rojo: Muñeca derecha.

LA / Amarillo: Muñeca izquierda.

RF / Negro: Tobillo derecho.

LF / Verde: Tobillo izquierdo.

- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Retirar los electrodos, retirar el gel y limpiar la piel
- Indicar o vestir al paciente
- Dejar al paciente en posición cómoda y seguro
- Contestar preguntas e informar al paciente si corresponde
- Identificar el registro con nombre completo del paciente, servicio o unidad, fecha y hora de realización
- Retirar el material
- Lavado de manos
- Registre en hoja de enfermería
- Pegar el trazo en el formato indicado, entregar al médico tratante.

## **RECOMENDACIONES**

- Si existe imposibilidad de colocar algún electrodo en la zona indicada, situar éste lo más cercano a este punto.
- Para obtener un trazado adecuado, debe colocar cantidad suficiente de gel conductor previa limpieza de la piel esta debe realizarse con alcohol o solución salina, estando la piel limpia es más fácil fijar los electrodos; fijar adecuadamente los electrodos y mantener al paciente tranquilo

## **SALA DE PROCEDIMIENTOS MINIMOS**

### **OBJETIVO**

Otorgar atención asistencial ambulatoria, especializada, oportuna e integral, mediante la aplicación de técnicas específicas, con la finalidad de satisfacer las demandas de los usuarios en procedimientos clínicos.

### **HORARIO DE ATENCIÓN:**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

LUNES A VIERNES: 8:00 AM a 13:00 - 14:00 a 17:00

SABADO: 8:00 AM a 12:00

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN:

## CURACIONES

### 1. OBJETIVO

Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas realiza el servicio de Enfermería a los pacientes que así lo requieren

### 2. ALCANCE

Aplica para el área de enfermería en la realización de procedimientos propios del servicio

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

#### 3.1 HERIDA

Se define como la pérdida de solución de continuidad o un tejido o la separación de las siguientes estructuras: Piel, fascia, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos. Consiste en un estado patológico en el cual los tejidos están separados entre sí y/o destruidos que se asocia con una pérdida de sustancia y/o deterioro de la función.

#### 3.2 TIPOS DE HERIDAS

##### 3.2.1 Según la integridad de la piel.

- **Herida Abierta**

Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.

- **Herida Cerrada**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarró visceral.

### 3.2.2 De acuerdo a la gravedad de la lesión.

#### • Herida Superficial

Que solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo. Abrasión o quemadura de primer grado.

#### • Herida Penetrante

Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo heridas por arma de fuego o puñalada.

### 3.2.3 De acuerdo a la limpieza o grado de contaminación.

#### • Herida Limpia

Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratoria, digestiva, genitourinaria ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas.

#### • Herida Limpia/ Contaminada

Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaríngea, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.

#### • Herida Contaminada

Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

de contenido gastrointestinal, aquí también se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de 4 horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 - 15%.

- **Herida Infectada Sucia**

Se trata de heridas traumáticas más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es > 25%.

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1 COMPLICACIÓN DE LAS HERIDAS

- **Hemorragia**

Salida de sangre de la circulación vascular que destruye la integridad del sistema circulatorio.

- **Infección**

Penetración de microorganismos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo (el cuerpo humano), con permanencia o multiplicación posterior.

- **Dehiscencia**

Es una separación parcial o total de las capas de los tejidos de la piel por encima de la fascia en una herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.

- **Evisceración**

Es la protrusión del contenido de la herida. Es el resultado de que han cedido las suturas, así como de infecciones y con mayor frecuencia de la distensión considerable o de la tos, al igual está involucrada una nutrición deficiente.

##### 4.2 MANEJO DE LAS HERIDAS

###### 4.2.1 Desbridamiento.

Se define como la eliminación del tejido muerto o lesionado de una herida. La presencia de este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. Por tanto, el desbridamiento es esencial para facilitar la curación. Puede ser quirúrgico o debido a la acción de

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

apósitos. La necesidad de desbridamiento viene inducida por la historia de la lesión o el aspecto clínico de la herida.

• **Clases de Desbridamiento**

- **Desbridamiento Quirúrgico**

Implica el uso de instrumental estéril como bisturí, pinzas, tijeras y demás elementos que permiten quitar el tejido desvitalizado. Este tipo de desbridamiento está indicado cuando existe la necesidad urgente de desbridar por evidencia de celulitis progresiva o sepsis.

- **Desbridamiento Mecánico**

Implica el uso de apósitos húmedos - secos, como la gasa impregnada en solución salina, los cuales se aplican directamente sobre las heridas y se dejan secar, para retirarlos posteriormente. Es un procedimiento traumático en el cual se elimina tejido viable y no viable, afectando el tejido epitelial y de granulación.

- **Desbridamiento Autolítico**

Implica el uso de apósitos sintéticos para cubrir las heridas y permitir la autodigestión del tejido que se encuentra desvitalizado por las enzimas normalmente presentes en los fluidos de la herida. Para favorecer la cicatrización húmeda de las heridas utilizamos varios tipos de apósitos a saber:

Apósitos de gasa húmeda con SSN al 0.9%.

- **Desbridamiento Enzimático**

Consiste en la utilización de enzimas las cuales inician un proceso de limpieza de las heridas.

Las enzimas como la colagenasa aplicadas sobre los tejidos desvitalizados de la superficie de la herida favorecen la limpieza de la misma y crecimiento del tejido de granulación, acelerando el proceso de cicatrización.

### 4.3 CUIDADOS EN LA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS

El tratamiento de una persona con una herida puede tener diferentes enfoques y se debe tratar la herida según como esta se encuentre.

#### 4.3.1 Equipo de Curaciones.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- SSN 0.9%
- Guantes limpios
- Gasas estériles
- Bolsa roja para desechos
- Riñonera
- Bandeja
- Pinzas

#### 4.3.2 Procedimiento de Curación de Herida.

##### • Herida Limpia (9:00 AM)

- explique el procedimiento de lavado de la herida.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que permita que la solución de lavado fluya sobre la herida, expóngase solo ésta.
- Favorecer la privacidad cerrando las puertas o corriendo cortinas.
- Colocar el material próximo en una mesa auxiliar.
- Colocar la riñonera próxima al sitio de curación.
- Hacer ahora lavado de manos, preferiblemente con jabón quirúrgico.
- Colocar los guantes y tapabocas según se requiera.
- Retirar apósito manchado, evaluar y desechar en la riñonera, dejándolos caer a una distancia mayor a 15 cm.
- Valorar la herida observando presencia de inflamación, enrojecimiento, induración o secreciones.
- Realizar el lavado de la herida con técnica aséptica utilizando SSN 0.9% de forma lenta y con flujo continuo desde el sitio más limpio al más sucio, de manera suave que no cause lesiones, repítase la limpieza hasta que elimine la secreción.
- Secar los bordes de la herida con gasa estéril desde el sitio más limpio al más contaminado.
- Cubrir con gasas estériles, aplicando según necesidad, fíjelo con esparadrapo: En caso de exudado leve o inflamación y enrojecimiento, aplicar Fucidín y luego cubrir con gasa estéril, si no se encuentran signos de infección, dejar descubierto.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Ayudar al paciente a incorporarse.
- Desechar el material contaminado depositado en la riñonera, en la bolsa roja.
- Quitar los elementos de protección.
- Lavar las manos.
- Guardar el resto de SSN 0.9% sobrante.
- Evaluar las condiciones de la herida y realizar la descripción en la historia clínica.
- Dar indicaciones al paciente de cuidados en casa: Si está cubierta la herida, deberá descubrirla en el tiempo que se requiera y lavar con agua limpia en el momento del baño general o si se dispone de recursos, con solución salina (suero) y gasa, secar y cubrir de nuevo, si la herida está seca deberá dejarse descubierta.
- Registrar el procedimiento en el diario de actividades de enfermería.

**Nota:** En caso de heridas limpias con menos de 3 cm de longitud o en retiros de puntos, no se utilizarán guantes limpios, en su lugar se empleará una pinza Kelly.

• **Herida limpia contaminada**

- Realizar los pasos para herida limpia.
- Si la herida está cerrada y no hay salida de exudado dejar descubierta
- Si la herida está abierta con moderado exudado irrigar utilizando presión continua con SSN 0.9% y dejar libre de exudado.
- Luego utilizar apósito de gasa húmedo para cubrirla favoreciendo el proceso de cicatrización o aplicar Fucidín y posteriormente cubrir con gasa seca.
- Si posee apósito hidrogel, hidrocoloides, usar en la herida, según disponibilidad y ordenes médicas para favorecer el proceso de cicatrización.
- Realizar curación cada 24 horas hasta observar que no hay salida de exudado o hay presencia de tejido de granulación en el caso de la herida abierta. (En promedio 4-5 días)

**Nota:** Si al valorar la herida abierta la encuentra con tejido de granulación libre de exudado realizar afrontamiento de los bordes con esparadrapo en forma de mariposa y dejar descubierto.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

En caso de heridas abrasivas debidas a caídas, en las cuales hubo contacto con pavimento, tierra o polvo; primero lavar con abundante agua y jabón y luego proceder a realizar el procedimiento para herida limpia.

• **Herida Contaminada**

- Realizar los pasos del cuidado de herida limpia.
- Si al valorar la herida encuentra tejido rojizo brillante, drenaje serosanguinolento escaso, sangrado fácil de tejido neoformado:
  - Realizar curación cada 12 a 24 horas de acuerdo a las características del drenaje; conservar la técnica aséptica.
  - Para retirar el vendaje que cubre la herida, determinar si se encuentra adherido a esta, caso en el cual debe humedecerlo con SSN 0.9% antes de retirarlo.
  - Valorar la evolución del tejido de granulación.
  - De acuerdo a lo anterior realizar la limpieza con SSN 0.9% estéril, sin frotar para no alterar el tejido neoformado.

**Nota:** El método de limpieza mas inocuo es la irrigación con SSN 0.9%.

Aplicar un apósito húmedo para cubrir la herida y fijar con esparadrapo para crear un ambiente húmedo y facilitar la licuefacción del tejido necrótico si existe, o aplicar colagenasa, si no existe tejido muerto, y según orden médica proceder a aplicar antibiótico local (Fucidín) y cubrir con gasa estéril seca.

Proteger la piel que circunda la herida.

• **Herida Infectada**

- Si después de la valoración de la herida encuentra como hallazgos un tejido rojo brillante, ausencia de olor fétido, sangrado fácil y ausencia de drenaje seropurulento, orientar su cuidado para un individuo con herida abierta no complicada.
- Si los hallazgos son: dolor intenso, olor fétido, drenaje purulento abundante, tener en cuenta los pasos para el manejo de herida limpia y considerar además los siguientes:
  - Administrar analgésico ordenado media hora antes de la curación.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Realizar la curación cada 12 a 24 horas, teniendo en cuenta si el drenaje es excesivo o abundante conservar la técnica aséptica.
- Proteger los tendidos y ropas del paciente del contacto con los líquidos de la curación o del drenaje de la herida.
- Realizar lavado de la herida a presión con SSN 0.9% y jabón antiséptico, irrigar las heridas infectadas, exudativas o necróticas así:
- Utilizar presión continua sobre la bolsa y dirigir la salida de líquidos en Spray a la base de la herida o al borde del tejido necrótico, este método proporciona una presión ideal de la solución para lavar las heridas con un traumatismo tisular mínimo.
- Repetir hasta que la solución este limpia y se haya removido la mayor cantidad de exudado y tejido desvitalizado
- Realizar desbridamiento de la herida si observa tejido muerto lesionado ya que este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. (Utilizando colagenasa o apósitos humedecidos en SSN).
- Luego del lavado dejar perfectamente cubierta la herida empleando material estéril.
- Valorar la cantidad y características del drenaje en cada curación.

### **RETIRO DE PUNTOS**

#### DEFINICION:

Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

#### CONDICIONES PREVIAS:

- Reunir el material a utilizar.
- Preparar psíquica y físicamente a paciente.
- Delimitación de área sucia y limpia.III.

#### EQUIPO:

Bandejas que contengan:

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Equipos de curación estéril.
- 1 Pinza anatómica.
- 1 Pinza quirúrgica.
- 1 Porta bisturí.
- 1 Bisturí.
- Tijeras.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Tela adhesiva.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.
- Material de registro.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos.
2. Desprender la tela adhesiva, desde los extremos, hacia el centro, dejándolos extremos de ésta sobre el apósito.
3. Retirar el apósito.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Limpiar con suero fisiológico, desde el área limpia al área sucia.
6. Movilizar los puntos con pinzas y cortarlos con bisturí o tijera apropiada.
7. Se retiran los puntos desde el centro de la herida.
8. Aplicar antiséptico, colocar apósitos si es necesario y fijar con tela adhesiva.
9. Retirar el equipo, ordenar y despejar el área.
10. Desechar material, según normas de precaución universal.
11. Sacarse los guantes y lavarse las manos.
12. Registrar la actividad.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

**RECOMENDACIONES:**

- Mantener la privacidad del paciente.
- Observar cicatrización de la herida, referir a médico si es necesario.

**COLOCACION DE SONDA VESICAL**

**DEFINICION**

El sondaje vesical consiste en la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.

El reconocimiento de la elevada incidencia de infecciones urinarias asociadas con el sondaje vesical ha hecho que esta técnica se utilice solo en caso de absoluta necesidad.

**Indicaciones**

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria
- Recoger muestra de orina estéril para análisis
- Determinar orina residual después de una micción espontanea.
- Permitir cicatrización de vías urinarias tras una cirugía
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria o administrar medicación
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes.
- En pacientes politraumatizados o con deterioro del estado de conciencia o intraoperatorio

**Equipo**

**Estéril:**

- Sonda Foley de dos vías de 14 a 16 (M), de 18 a 22 (H) y de 8 a 12 en niños
- Guantes
- Jeringa de 10cc
- Bolsa recolectora, Cistoflo
- Gasas
- Solución antiséptica
- Frasco recolector orina.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Lubricante si se requiere

No estéril:

- Bandeja
- Esparadrapo
- Guantes
- Riñonera – pato
- Rótulos.

**Procedimientos**

- Comprobar que el procedimiento es el indicado
- Dar a conocer el procedimiento al paciente
- Acondicionar el equipo y llevar a la unidad al paciente.
- Brindar privacidad al paciente.
- Lavado de manos
- Preparar al paciente para el cateterismo vesical limpiando previamente la zona realizando aseo genital.
- Realizar el procedimiento de acuerdo a la técnica conocida.
- Cambiarse los guantes utilizando los estériles, realizar el paso de la sonda, comprobar que este en vejiga, evacuar ya sea conectando a Cistoflo o recolector, inflar el balón con la cantidad acorde a lo indicado en la sonda.
- Quitarse los guantes, traccionar la sonda para comprobar su colocación.
- Fijar la sonda al muslo, parte anterior si es mujer y en muslo parte superior si es hombre con esparadrapo ancho. No hacer presión.
- No dejar la bolsa a una altura superior de la vejiga, para evitar reflujo.
- Sujetar la manguera de drenaje a las sabanas formando un canal. La extensión de la manguera debe permitir facilidad en la movilización del paciente, sin producir acodaduras, ni presión.
- Retirar el resto del equipo.
- Comprobar que haya eliminación de orina y correcta sujeción de la bolsa de drenaje a la cama.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Realizar control de la ingesta y la eliminación
- Dejar cómodo al paciente y la unidad en orden. Una sonda vesical puede estar colocada hasta que la condición del paciente lo amerite, su cambio debe realizarse cada 14 días, pero todos los días se debe cambiar la fijación.

#### **Retiro de la Sonda:**

- Comprobar la indicación médica y avisarle del procedimiento al paciente.
- Llevar el equipo a la unidad del paciente y proporcionarle privacidad.
- Desocupar el Cistoflo o recolector, desconectar la sonda del Cistoflo.
- Desinflar el balón utilizando una jeringa.
- Hacer presión a la sonda vesical retirarla suavemente.
- Retirar el equipo y dejar al paciente y la unidad en orden
- Chequear con frecuencia al paciente y controlar si realiza micción espontanea.

### **LAVADO DE OIDO**

En condiciones normales, nuestros oídos están protegidos de agresiones externas por una capa de cerumen, producido en glándulas del conducto auditivo. En muchas ocasiones, la manipulación del mismo con bastoncillos u otros objetos puede llevar a una dolorosa impactación de la cera sobre el tímpano, pérdida de audición o infecciones del oído.

#### **Definición:**

Limpieza del pabellón auricular y el conducto auditivo externo con suero fisiológico y solución ótica.

Tras descartar las posibles CONTRAINDICACIONES que se citan a continuación, informará al paciente de los efectos negativos sobre la salud de los tapones de cerumen, y de los posibles efectos secundarios de ésta técnica, enviará al paciente a Enfermería, donde será citado para la extracción del tapón.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## CONTRAINDICACIONES

- Otitis Media y Externa, hasta que se resuelva.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de Otitis Crónica y Supurada.
- Heridas recientes de Tímpano y Conducto Auditivo Externo.
- Presencia de Cuerpos Extraños.

En todos los casos anteriores se derivará a O.R.L.

## PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- El Médico informará a éste que deberá reblandecer el tapón instilando Glicerina. Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces, los dos días anteriores a la extracción.
- En Enfermería será citado el paciente y se reforzará lo dicho anteriormente por el Médico y se le informará sobre la Técnica.

## MEDIOS MATERIALES

- Agua a temperatura corporal.
- Bateas rectangular y arriñonada..
- Jeringa metálica otológica.
- Cánulas otológicas limpias y esterilizadas.
- Otoscopio, y espéculos auriculares limpios y esterilizados.
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.

## LAVADO OCULAR

### Objetivo

- Mantener limpios los ojos, eliminando secreciones oculares.
- Evitar infecciones y erosiones corneales.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Proporcionar bienestar.

### Material

- Suero fisiológico.
- Jeringa de 5cc
- Gasas.
- Riñonera.
- Guantes desechables limpios

### Secuencia

- Identificar al paciente.
- Informarle sobre el procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración siempre que sea posible.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Lavarse las manos.
- Colocarse los guantes.
- Situar al paciente con la cabeza inclinada hacia el ojo a lavar.
- Irrigar los párpados y limpiar con torunda de gasa.
- Con la jeringa con 5 de suero fisiológico destilar gota a gota o a chorro suave en el ojo.
- Con el ojo cerrado, limpiar suavemente del ángulo interno al externo, de una sola pasada y utilizando una gasa cada vez y para cada ojo.
- Secar con una gasa la zona.
- Proceder de igual manera para la limpieza del otro ojo.
- Retirar el material utilizado.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.

### Observaciones

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- En pacientes con autonomía, fomentar el Autocuidado. Enseñar al paciente la forma de realizar el lavado de los ojos así como la frecuencia con que debe hacerlo.
- Si presenta lesiones oculares (erosiones en párpados, etc.) anotar en el documento de observaciones de enfermería y comunicar al médico.
- Si presenta secreciones, observar aspecto y cantidad y comprobar si se ha mandado muestra a Bacteriología con anterioridad y fecha de envío.
- Retirar lentes de contacto si las tuviese.
- Si procede tomar exudado, realizar según técnica y antes de lavar el ojo.
- En caso de presentar exudado, lavar cada 2 ó 3 horas o cuando sea preciso y comunicar al médico.
- En caso de enfermos en coma o inconscientes retirar lentes de contacto si las tuviese y mantener los ojos húmedos con:
  - Gasas humedecidas con suero fisiológico.
  - Colirio o pomada (según indicación médica y según técnica).
- En caso de cuerpo extraño, aconsejar al paciente que no se frote el ojo.

### **TOMA DE SIGNOS VITALES**

La toma de signos vitales en el servicio de Consulta Externa se realizara por el personal de enfermería:

- Serán realizados por el médico en cada una de las consultas
- El personal de enfermería lo realizara en el momento que sea ordenado por el medico

Los signos vitales son una herramienta valiosa como indicador del estado funcional del paciente (ó bien son los signos que nos dicen que una persona esta viva).


Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales del ser humano, hay que tener en cuenta que el registro de signos vitales no debe convertirse en una


<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

actividad rutinaria o automática; éstos deben ser el reflejo de la evaluación clínica confiable del paciente.

<b>CONTROL DE TEMPERATURA</b>	
<b>DEFINICION:</b> Intensidad de calor corporal medida por un termómetro	
<b>OBJETIVO:</b> Conocer la temperatura corporal del paciente	
<b>MATERIAL Y/O EQUIPO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
Antiséptico Bolígrafo rojo Formulario de signos vitales Termómetro bucal y/o axilar  	Lavado de manos Preparar material y traslado al lado del enfermo Informar al paciente el procedimiento a realizar Preservar la intimidad al paciente Bajar el mercurio del termómetro a 35°C Comprobar que la axila del paciente este seca y libre de ropa Colocar el termómetro en el centro de la axila, indicando que ponga el brazo sobre el pecho Mantener el termómetro por 3 a 5 minutos Retirar y leer
<b>OBSERVACIONES:</b>	
Limpieza del termómetro con agua fría y antiséptico – Secar - Realizar lavado de manos Anotar en el formulario En la lectura de la temperatura axilar aumentar 0,5°C.	

<b>CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA</b>	
<b>DEFINICION:</b> Intercambio gaseoso entre el organismo y su entorno, consta de Inspiración y espiración.	
<b>OBJETIVO:</b> Cuantificar en el paciente el numero de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.	
<b>MATERIAL Y/O EQUIPO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
Formulario de signos vitales Estetoscopio Reloj con segundero  	Realizar lavado de manos Informar al paciente Observar y contar las elevaciones del tórax y/o abdomen del paciente durante un minuto Poner la mano o estetoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos para contabilizar la frecuencia Observar al mismo tiempo la regularidad, tipo y características de las respiraciones Anotar en los formularios

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

**OBSERVACIONES:**

Al valorar la frecuencia respiratoria, comprobar si el paciente tiene hipertermia o presenta dolor.

**CONTROL DEL PULSO ARTERIAL**

**DEFINICION:** Serie de ondas de presión en el interior de una arteria por causa de las contracciones del ventrículo izquierdo y en correspondencia con el ritmo cardiaco

**OBJETIVO:** Conocer la frecuencia y el ritmo cardiaco del paciente

**MATERIAL Y/O EQUIPO**

Bolígrafo azul  
Formulario de signos vitales  
Reloj con segundero



**PROCEDIMIENTO**

Realizar lavado de manos  
Informar al paciente  
Elegir el lugar de palpación: radial, carótida, temporal o femoral  
Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (preferiblemente radial), haciendo una ligera presión  
Contar las pulsaciones durante un minuto  
Anotar en los formularios:  
Numero (x minuto)  
Ritmo (regular o irregular)  
Intensidad (fuerte o débil)  
Hora

**OBSERVACIONES:**

Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con estetoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el número de latidos en un minuto.

**CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL**

**DEFINICION:** Resistencia que ofrecen las paredes arteriales contra la sangre circulante en ellas.

**OBJETIVO:** Conocer y valorar la presión ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias del paciente durante un ciclo cardiaco

**MATERIAL Y/O EQUIPO**

Bolígrafo verde  
Formulario de signos vitales  
Formulario 008  
Estetoscopio - Tensiómetro



**PROCEDIMIENTO**

Comprobar funcionamiento del equipo  
Informar al paciente  
Preservar la intimidad del paciente  
Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina  
El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antero cubital a nivel del corazón  
Colocar el manguito del tensiómetro 2 cm. Por encima de la fosa antero cubital y rodear el brazo  
Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar  
Inflar el manguito unos 30 mmHg, por encima del punto en que deje de palpar el pulso braquial  
Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 o 3 mmHg, por segundo, manteniendo esta velocidad hasta la finalización de la técnica

**Elaborado por:**  
Coordinadora Enfermería

**Revisado por:**  
Subdirección Científica

**Aprobado por:**  
Gerente

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
<b>PROCESO ENFERMERIA</b>		Edición: Junio 2014

**OBSERVACIONES:**

El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima  
Retirar el instrumental Dejar al paciente cómodo Realizar lavado de manos Anotar en los formularios  
Si los valores están alterados, actuar según prescripción y/o comunicar al médico de guardia

## SOMATOMETRIA

### DEFINICION

Acciones que se realizan para obtener las proporciones y medidas del cuerpo humano peso, talla, perímetros y segmentos.

### Indicaciones:

- Obtener los informes necesarios acerca de las condiciones en que ingresa el paciente.
- Contar con registro comparativo para evaluar evolución o decremento de las condiciones del paciente.

### Procedimiento

#### MEDICIÓN DE LA TALLA

Medición de la distancia que hay desde la coronilla (parte más elevada del cráneo), hasta los pies (talones).

Prepara material y equipo dependiendo de la edad del paciente al cuál se le tomaran las medidas

#### NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

-Extiende sobre la mesa de exploración pediátrica toallas de papel

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Coloca al niño en decúbito dorsal, de manera que el vértice de la cabeza quede en contacto con el extremo fijo del tallímetro
- Inmoviliza los miembros inferiores del bebe apoyando una mano sobre sus rodillas
- Con la otra mano, mover el tope del tallímetro hasta el nivel de los talones

### ADULTOS

- Pedir al paciente se quite los zapatos
- Coloca al paciente en posición recta, de espaldas al tallímetro
- Baja el marcador del tallímetro hasta tocar el vértice cefálico
- Lee la marca
- Registra la medición

### MEDICION DE PERIMETROS

Maniobras que se realizan para obtener las medidas de los contornos de determinadas regiones del cuerpo

Prepara al paciente dependiendo del sitio a medir

### CEFALICO

Medición de la circunferencia del cráneo

Procedimiento

- Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza del paciente, del occipucio a la parte media de la frente, sin apretar
- Pedir al paciente se quite la ropa en caso de requerir medición de la parte torácica

### MEDICION DE TORAX

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Acostar al paciente en decúbito dorsal y descubrir el tórax
- Deslizar la cinta métrica debajo del tórax y colocarla a nivel de las tetillas

### ABDOMEN

- Descubrir la región abdominal
- Ayudar al paciente a elevar el abdomen con una mano
- Con la otra mano, deslizar la cinta métrica por debajo del abdomen del paciente y colocarla sobre la cicatriz umbilical. En recién nacidos que aun tengan cordón umbilical, se tomara en la parte superior del muñón
- Hacer la lectura y retirar la cinta métrica
- Registrar mediciones en hoja de enfermería

### MEDICION DEL PESO

- Nivelar la bascula
- Cubre con toalla de papel la superficie de la bascula que estará en contacto con el paciente
- Prepara al paciente dependiendo de la edad del mismo

### PACIENTE ADULTO

- Pide al paciente se quite los zapatos y que utilice el mínimo de ropa posible
- Ayuda al paciente para que se suba a la báscula, lo coloca frente a la escala

### PACIENTE PEDIATRICO

- Deja al paciente con el mínimo de ropa posible
- Coloca al paciente en la báscula, tener presente el riesgo de caída

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Pesa al paciente Se debe de pesar al paciente de preferencia a una misma hora y antes de desayunar.

Los lactantes y bebés se pesan desnudos. En caso de no contar con báscula pesa bebé en el servicio, pesar al familiar primero y posteriormente pesar al bebé junto con el familiar. La diferencia del peso adulto con bebé, adulto solo, será la cifra a registrar

- Registra en hoja correspondiente las mediciones

### **PROTOCOLO LAVADO MANOS**

#### INTRODUCCION

Con el propósito de unificar las indicaciones y lograr la adhesión de los trabajadores de la salud, la OMS recomienda cinco momentos en los que se requiere realizar la higiene de las manos.

#### PROBLEMA:

Elevada incidencia de infecciones intrahospitalarias ocasiona estancia prolongada y complicaciones que pueden llegar a la muerte, además del consiguiente aumento de costos en la atención

#### SOLUCION:

La primera iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente, “Una Atención Limpia es una Atención más Segura” se preocupa de buscar el compromiso y la acción a escala mundial en lo que respecta a la reducción de Infecciones: La Higiene de Manos es una de las estrategias.

Para ello propone el enfoque “Mis Cinco Momentos Para la Higiene de Manos”, el cual se plantea como el método de referencia para el desempeño adecuado, la enseñanza y evaluación de la higiene de las manos. El método “Los cinco momentos para la higiene de manos”, ha sido ampliamente estudiado y aplicado en la práctica clínica basado en los siguientes principios teóricos.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

*Riesgo de contaminación para el trabajador de la salud:* Se presenta durante las actividades clínicas, al entrar en contacto con el paciente o al tocar una superficie inanimada contaminada (zona del paciente). Está formada por el paciente y el espacio ubicado a su alrededor, incluye cama, sábanas, sillas, monitores, etc. Estos equipos se contaminan por contacto directo con el paciente o cuando el trabajador de la salud los manipula con sus manos contaminadas.

*Los sitios críticos de contacto:* Son aquéllos en los cuales se puede entrar en contacto directo con fluidos corporales, por la existencia de dispositivos colocados al paciente (sonda vesical o venoclisis) o por la piel expuesta.

*La zona para la atención en salud:* corresponde a las áreas lejanas al paciente, las cuales pueden estar contaminadas por gérmenes multirresistentes presentes en el ambiente hospitalario.

*Oportunidad para la higiene:* La mano contaminada del trabajador de la salud es el elemento más importante para la transmisión de gérmenes en la institución. Por lo tanto, el movimiento del trabajador de un área a otra o el cambio de actividad determinan el momento para la higiene de manos y definen el concepto de oportunidad para la higiene.

*Efecto de la higiene:* la realización de las técnicas de higiene de manos previenen la transmisión de gérmenes entre paciente y paciente, la infección endógena y exógena del paciente, la infección del trabajador de la salud y la contaminación del ambiente hospitalario. A partir de estos principios teóricos, se indican los siguientes momentos clínicos para realizar la higiene de manos:

**PRIMER MOMENTO:** Antes del contacto con el paciente

<b>Explicación</b>	<b>Impacto</b>	<b>Actividades</b>
Fuente de contaminación: superficies del ambiente hospitalario Receptor: cualquier superficie en la zona del paciente	Prevenir la transferencia de microorganismos. Previene la colonización del paciente.	Saludar al paciente Movilización del paciente Bañarlo Tomarle el pulso Tomarle la temperatura Tomarle la presión arterial Palpación abdominal

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

		Auscultación torácica
--	--	-----------------------

**SEGUNDO MOMENTO:** Antes de realizar una actividad aséptica Este momento corresponde a la manipulación o colocación de un dispositivo, independientemente de si el trabajador de la salud utiliza guantes.

Explicación	Impacto	Actividades
Fuente de contaminación: superficies del ambiente hospitalario Receptor: área limpia del paciente	Previene la introducción directa de gérmenes al paciente: infección endógena.	Cuidado dental Aspiración de secreciones Cuidado de piel lesionada Cuidado de heridas Inyección subcutánea Inserción de catéter Punción lumbar. Apertura de accesos vasculares. Preparación de alimentos.

**TERCER MOMENTO:** Después del contacto con líquidos corporales o excreciones, membranas mucosas, piel no intacta o manipulación de apósitos de heridas

Explicación	Impacto	Actividades
Fuente de contaminación: fluidos del paciente Receptor: cualquier superficie hospitalaria	Previene la infección del trabajador de la salud. Reduce el riesgo de transmisión de un sitio colonizado a un área limpia del mismo paciente.	Cuidado dental Aspiración de secreciones Cuidado de piel lesionada Cuidado de heridas Inyección subcutánea Manipulación de cualquier sistema de drenaje de fluidos: tubos endotraqueales, catéteres urinarios y sondas nasogástricas Manipulación de residuos hospitalarios Limpieza de instrumentos médicos

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Igualmente, se recomienda la higiene luego de retirar los guantes estériles (II) o los guantes no estériles.

**CUARTO MOMENTO:** Después del contacto con el paciente

Explicación	Impacto	Actividades
Fuente de contaminación: superficies en la zona del paciente Receptor: superficie de ambiente hospitalaria u otro paciente	Reducción de transmisión cruzada y de la contaminación del ambiente	Saludar al paciente Movilización del paciente Bañarlo Tomarle el pulso Tomarle la temperatura Tomarle la presión arterial Palpación abdominal Auscultación del tórax

La diseminación de gérmenes en la superficie corporal puede facilitarse cuando el trabajador de la salud examina las superficies contaminadas del paciente, como heridas abdominales, y posteriormente entra en contacto con áreas corporales consideradas como limpias. Por esta razón, cuando el trabajador de la salud mueve la mano de un área corporal contaminada a otra en un mismo paciente, debe realizarse higiene de manos.

**QUINTO MOMENTO:** Después del contacto con superficies inanimadas u objetos ubicados en el área del derredor del paciente (zona del paciente).

Explicación	Impacto	Actividades
Fuente de contaminación: superficies en la zona del paciente aunque no se examine el paciente Receptor: superficie del ambiente hospitalario u	Reducción de la transmisión cruzada y de la contaminación del ambiente	Cambio de sábanas Cambio de velocidad de goteos Manipulación de monitores Mover las cortinas Mover la mesa de
<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

otro paciente		alimentación
---------------	--	--------------

Además este método se constituye en una herramienta para identificar los momentos en los que la higiene de manos debe ser realizada, así como para distinguir aquellos en los que no es útil. A continuación se presenta un esquema que resume el enfoque:

### DESARROLLO DE LA SOLUCION

#### Higiene de Manos

Término general que se refiere a cualquier acción de limpieza de las manos

- Lavado de manos con antisépticos o antimicrobianos (Agua y detergentes)
- Limpieza de manos con antiséptico: Aplicación de un antiséptico para las manos con la finalidad de disminuir o inhibir el crecimiento de microorganismos sin necesidad de agua, ni secado.

#### Cómo Aplicar "Mis Cinco Momentos en la Higiene de Manos"

Como se observa en el esquema anterior, dos de los cinco momentos para la higiene de manos ocurren **antes** del contacto o realización de un procedimiento de atención de la salud y los otros tres se producen **después** de un contacto o la exposición a los fluidos corporales.

Las indicaciones correspondientes a los momentos "antes de" indican la necesidad de prevenir el riesgo de transmisión microbiana al paciente. Las indicaciones "después de" están destinadas a prevenir el riesgo de transmisión de microbios al trabajador de la salud y al área de atención en salud (es decir, otros pacientes, su entorno y el medio ambiente para la atención de la salud).

Durante una secuencia de actividades de cuidado de la salud, ciertas indicaciones pueden coincidir en el mismo momento y como resultado, sólo una acción higiene de las manos es necesaria. Esto quiere decir que no necesariamente siempre se van a requerir los cinco momentos de higiene de manos en una atención determinada, pero el trabajador de

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

la salud debe estar en capacidad de identificar la oportunidad de efectuar la higiene de manos en cualquiera de los momentos en que se requiera.

Los cinco momentos se detallan a continuación:

### **Momento 1: Antes del contacto con el paciente**

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con el área de atención de la salud y el próximo contacto con el paciente. Este momento se produce antes de ponerse en contacto con la piel intacta y la ropa del paciente. La acción de higiene de las manos se puede realizar tanto al entrar en la zona del paciente, cuando se acerque o inmediatamente antes de tocarlo. Aunque se puede producir el contacto con superficies en el entorno del paciente, por tocar cosas entre el momento de entrar en la zona del paciente y el contacto con el paciente; la higiene de manos no se requiere antes de tocar estas superficies, pero sí antes del contacto con el paciente. De otra parte, si se realiza la higiene de manos y se tiene un contacto “inicial” con el paciente y posteriormente hay otros contactos de la misma especie o con el entorno del paciente, no es necesario repetir la higiene de las manos.

Ejemplos que ilustran el contacto directo: Antes de: Darle la mano al paciente, asistirlo en sus actividades personales, examinarlo o brindarle un tratamiento no invasivo (aplicar una máscara de oxígeno, tomar la tensión arterial, realizar un electrocardiograma, realizar fisioterapia).

### **Momento 2: Antes de un realizar una tarea limpia o aséptica**

Este momento se produce inmediatamente antes de acceder a un sitio crítico con riesgo de infección para el paciente.

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con cualquier superficie en el área sanitaria y en la zona del paciente (incluidos el paciente y su entorno), y cualquier procedimiento que implique un contacto directo e indirecto con mucosas, piel no intacta o un dispositivo médico invasivo.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Si los guantes se utilizan para realizar un procedimiento limpio o aséptico, la higiene de manos debe realizarse antes de ponérselos. Cualquier trabajador de salud que no tiene atención directa con el paciente, pero que trabaja en la preparación de un artículo destinado a estar en contacto con las mucosas o la piel no intacta del paciente (trabajador de central de esterilización, farmacéutico, cocinero) también debe tener en cuenta esta indicación.

Ejemplos que ilustran procedimientos limpios o asépticos: Antes de:

Aplicar gotas en los ojos del paciente, aplicar vacunas, realizar un tacto vaginal o rectal, examinar oídos, nariz o boca, succionar secreciones, realizar una punción, canalizar un vena, preparar medicamentos, vendar una herida, colocar dispositivos médicos invasivos (cánula nasal, sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, sonda urinaria)

### **Momento 3: Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos**

Este momento se produce tan pronto como ha terminado una tarea que entrañe riesgos de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).

Esta indicación está determinada por la ocurrencia de contacto (aunque sea mínima y no visible), con sangre u otro fluido corporal y el próximo contacto con cualquier superficie, incluyendo el paciente, el entorno del paciente o el área sanitaria. Si el trabajador de la salud está usando guantes en el momento de la exposición a un líquido corporal, deben ser retirados inmediatamente y la higiene de las manos debe ser realizada.

Esta acción puede ser aplazada hasta que el trabajador de la salud haya dejado el entorno del paciente, si el trabajador sanitario tiene que eliminar y procesar algún equipo (por ejemplo, un tubo de drenaje abdominal) siempre que él o ella sólo toquen este equipo antes de realizar la higiene de las manos.

Cualquier trabajador de salud que no tiene atención directa con el paciente, pero que está involucrado en la manipulación de fluidos corporales (bacteriólogo, auxiliar de laboratorio, patólogo) o con equipo contaminado (trabajadores de esterilización), o con residuos

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

contaminados (trabajador de mantenimiento) también deben tener en cuenta esta indicación.

Ejemplos que ilustran el riesgo de exposición a fluidos corporales: Después de: Terminar el contacto con mucosas o piel no intacta del paciente, realizar una punción, colocar o retirar un dispositivo médico invasivo (retirar un catéter), retirar gasas y apósitos, manipular materia orgánica, fluidos corporales o superficies contaminadas (ropa de cama, instrumentos dentales, orinal, lavabos, etc.)

#### **Momento 4: Después del contacto con el paciente**

Este momento se produce al alejarse del paciente, después de haberlo tocado. Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con la piel intacta o ropa del paciente o una superficie en su entorno (tras el contacto con el paciente) y el próximo con una superficie en el área sanitaria.

La acción puede ser pospuesta hasta que los trabajadores de la salud han salido de la zona del paciente, si el trabajador de la salud tiene que eliminar y procesar equipos en instalaciones adecuadas, y siempre que él toque solo este equipo antes de realizar la higiene de las manos.

Es importante tener en cuenta que la indicación 4 no puede separarse de la indicación 1. Además, cuando los trabajadores de la salud toquen al paciente directamente y luego toquen otro objeto en el entorno del paciente antes de abandonar la zona, se aplica la indicación 4 y no la 5.

Ejemplos que ilustran el contacto directo: Después de: Despedirse de mano del paciente, haberlo asistido en sus actividades personales, realizar un examen físico no invasivo (tomar el pulso, la presión arterial, auscultar el pecho, tomar un electrocardiograma); haber realizado un tratamiento no invasivo (cambio de tendidos, colocar máscara de oxígeno, realizar la fisioterapia).

#### **Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Este momento se produce después de tocar cualquier objeto o mueble al salir del entorno del paciente.

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con objetos inertes y superficies en el entorno del paciente (sin haber tocado el paciente) y el próximo contacto con una superficie en el área sanitaria.

Debe resaltarse que la indicación 4, "después del contacto con el paciente" y la indicación de 5 "después del contacto con el entorno del paciente" nunca se pueden combinar, ya que la indicación de 5 excluye el contacto con el paciente y la indicación 4 se aplica sólo después de contacto con el paciente.

Ejemplos que ilustran el contacto con el entorno del paciente: Después de: El último contacto con el entorno del paciente, esto es con todas las superficies u objetos inanimados como camilla, cama, mesita o del ajuste de equipos para la atención del paciente como abrir o cerrar la llave de goteo en una venoclisis.

Otras recomendaciones para la realización de las técnicas corresponden a:

- Antes de manipular los medicamentos o de preparar los alimentos, realice fricción antiséptica o lávese las manos con jabón antiséptico o jabón no antiséptico y agua
- El jabón no antiséptico y la fricción antiséptica no deben utilizarse en forma concomitante.
- No utilice uñas artificiales ni extensiones artificiales para las uñas cuando tenga contacto directo con el paciente.
- Mantenga las uñas cortas, se recomienda un tamaño menor de 0,5 cm de largo por delante del lecho ungueal.

Uso de guantes

En la higiene de manos se debe tener presente que el uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado.

Estos se deben utilizar siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, como mucosas o piel no intacta. Su uso exige quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente y no usar el mismo par para atender a más de un paciente.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Así mismo, se debe saber que si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, debe cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.

Estos no se deben reutilizar o si es necesario, deben reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica.

## COLOCACION, MANIPULACION Y RETIRO DE GANTES ESTERILES

### INTRODUCCION

La incidencia de infecciones intrahospitalarias son uno de los mejores indicadores de la calidad de la atención de las instituciones hospitalarias, por lo que se necesita la coordinación de los servicios clínicos y administrativos para que colaboren en forma conjunta con el fin de minimizar los riesgos que un paciente tiene de contraer algún tipo de infección, aumentando los costos de hospitalización para el paciente, el hospital y el país.

En la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias se encuentra inserto el uso de guantes estériles el cual es un procedimiento frecuente empleado en procedimientos **invasivos o quirúrgicos** y su objetivo es asegurar la técnica aséptica, teniendo en consideración que el uso de guantes **no reemplaza el lavado de manos**.

Todas estas medidas serán logradas solo con el compromiso individual de cada uno de los profesionales que se ven involucrados en el cumplimiento de estos procedimientos.

Debe recordar que las manos agrietadas o con dermatitis favorecen la colonización con flora microbiana transitoria.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

**Esterilización:** Es la eliminación completa de toda forma de vida microbiana de objetos inanimados incluyendo esporas. Puede conseguirse a través de métodos físicos, químicos o gaseosos.

Por lo tanto **guante estéril** es: el guante de látex, polivinilo o similar que está en condiciones de usar en área crítica proveniente de fábrica y es de un solo uso.

Su condición de estéril significa que no posee ningún tipo de vida microbiana o contaminante y por lo tanto de riesgo para el paciente.

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Iniciar con:

Lavado de manos con jabón antiséptico según las normas y recuerde que:

- Debe usar uñas cortas, limpias
- No debe usar uñas artificiales ni pintura de uñas.
- Retire todo tipo de joyas (anillos, pulseras y reloj).
- Levante sus mangas a la altura del codo.
- ***El lavado de manos clínico es la medida más importante y la más simple para prevenir infecciones Intrahospitalarias***

Tome el paquete de guantes.

B) Verificar indemnidad del envoltorio, correcto viraje del control químico externo y observar fecha de vencimiento, cualquier alteración significa que no se puede usar esos guantes ya que estos no se encuentran estériles.

C) Abrir el paquete de guantes por donde se indica en el envoltorio

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

D) Sacar el sobre con los guantes y colocarle sobre un lugar plano, limpio seco y seguro. Tomar la línea media en la parte inferior y proceder a tomar los bordes y abrirlos hacia el exterior con la precaución de no tocar los guantes que se encuentran en el interior.

E) Abrir el primer doblez.

F) Dejar bien extendido el papel donde vienen los guantes, tomando el papel solo desde el borde.

G) Observar que los guantes estén rotulados de la siguiente manera:

“R” que significa Right para el guante que irá en la mano derecha

“L” que significa Left para el guante que irá en la mano izquierda

H) Hacer pinza con el dedo índice y pulgar de la mano dominante, tomar el guante por la base, introduciendo aproximadamente 1 cm. el dedo pulgar dentro del guante, levantar alejado del cuerpo y de objetos que pudiesen ponerse en contacto con ellos e introducir la mano en forma de pala con el dedo pulgar sobre la palma mirando hacia arriba y ajuste el guante a la mano.

I) Con la mano (que se tiene el guante puesto) en forma de pala, introducirla en el doble del guante con los dedos mirando hacia usted.

J) Colocar la mano derecha en forma de pala mirando hacia arriba e introducir el guante en la mano izquierda. Ajustarlo calzando los dedos de la mano con el guante.

Si en el proceso del colocado de guantes estos quedan mal puestos, deben ser ajustados una vez que ambas manos estén enguantadas.

***“Recordar que ahora las manos con guantes se encuentran estériles por lo tanto no se debe tocar ningún objeto que no se encuentre estéril”***

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

**PARA EL RETIRO DE GUANTES:**

- Para retirar el primer guante, tomar el borde por la cara externa dé vuelta completamente el guante.
- Para retirar el segundo guante, tomar del puño dar vuelta completamente el guante y desechar según norma.
- Realizar lavado de manos medico.

Recuerde que debe retirar todo objeto de las manos, incluso argolla de matrimonio.

**Nota:**

**Sus manos están limpias pero no estériles, por lo que durante el proceso de colocación de los guantes usted no debe tocarlos con sus manos, cuerpo u otros objetos. Para lograr esto debe seguir cuidadosamente cada una de las instrucciones.**

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA AL PACIENTE CRONICO

### OBJETIVO

Capacitar de manera continua, al paciente crónico y su familia con actividades para el cuidado de su salud basados en manejos y estilos de vida saludable, favoreciendo conocimiento de su enfermedad y conservando adherencia al tratamiento.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar actividades que propicien el autocuidado
- Incluir a la familia en el manejo del tratamiento de su paciente.
- Explicar el proceso de la enfermedad, su etiología.

### JUSTIFICACION

El programa se implementa con la finalidad de realizar preparación constante tanto al personal asistencial como al paciente y su familia.

### ALCANCE

Dirigido a personal de enfermería servicio promoción y prevención, pacientes con enfermedades crónicas que se encuentren inscritos en este servicio y su familiar responsable.

## PROGRAMA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE CRONICO

El programa de educación al paciente crónico vincula usuarios con patologías de seguimiento continuo y familiares de los mismos para brindarles conocimiento básico, orientación e importancia del buen manejo de su enfermedad.

Será direccionado por la Coordinación de enfermería, en conjunto con auxiliar de enfermería, bajo la supervisión y orientación de la Coordinación medica.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE USUARIOS

Pacientes con diagnósticos de las siguientes patologías crónicas más frecuentes en la institución, las cuales son:

1. Hipertensión arterial
2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
3. Diabetes mellitus
4. Artritis reumatoide
5. Osteoporosis

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## METODOLOGIA

El programa de educación del paciente crónico se realizara de la siguiente manera:

1. Educación del paciente crónico y su acompañante de su patología según cronograma de capacitación en la sala de reuniones
2. Diligenciamiento de certificado de asistencia con nombre legible, firma y cedula del usuario.
3. Se dejara constancia del desarrollo de las actividades del programa de educación médica continua del paciente crónico en la carpeta respectiva.
4. Preparación de folletos informativos sobre las patologías revisadas para los usuarios asistentes.
5. Los usuarios no asistentes cursaran con educación a través de los folletos realizados.

## FORMA DE VINCULACION DEL USUARIO Y SU FAMILIA

1. El usuario será direccionado por la Coordinación de Enfermería a través de revisión de historias clínicas, haciendo la respectiva confirmación diagnóstica por parte médica.
2. Los usuarios diagnosticados durante el proceso de la atención médica serán informados sobre la existencia del programa de educación al paciente crónico y de la misma manera notificado y remitido a la coordinación de enfermería.
3. Se notificara telefónicamente al usuario sobre el programa de educación al paciente crónico que sea detectado a través de revisión de historias clínicas, haciendo la respectiva invitación para ingreso a este.
4. El registro de la notificación telefónica quedara en la carpeta de demanda inducida con nombre del paciente, diagnostico, día de notificación y firma de quien notifica.
5. El paciente se inscribirá en un listado de capacitación continua de su enfermedad y se le entregara el plan de educación, haciendo recomendaciones sobre la forma e importancia de ingerir de manera cumplida la medicación.
6. Cada usuario vinculado al proceso de educación tendrá la oportunidad de realizar su proceso de aprendizaje en compañía de un familiar, el cual debe ser mayor de 18 años de edad.

## CRONOGRAMA DE EDUCACION CONTINUADA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>TEMA</b>	<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	<b>OSTEOPOROSIS</b>	<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>EPOC</b>	<b>ARTRITIS REUMATOIDEA</b>
<b>RESPONSABLE</b>					

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

**HORARIO DE LA CHARLA DE 4:45 P.M A 5:30, EN SALA DE ESPERA DEL SEGUNO PISO**

## RELACION DE TEMAS

### 1. HIPERTENSION ARTERIAL

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificable o prevenible y no modificable.

Los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda.

Los segundos (edad, género, grupo étnico, herencia).

La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco. Antes, se daba importancia solo a las medidas para definir la HTA como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

#### Definición Presión Arterial:

- El término “presión arterial” se refiere al nivel de “fuerza” o “presión” que existe en el interior de las arterias. Esta presión es producida por el flujo de sangre.
- Cada vez que late el corazón, sube la presión. Y entre latidos, cuando el corazón está en reposo, la presión vuelve a bajar.

#### Definición Presión Arterial Alta

- Tener presión arterial alta significa que el nivel de presión en las arterias es mayor de lo normal.

#### Niveles de Presión Arterial

- Cuando un médico habla sobre los niveles de presión arterial, se refiere a dos cifras. El primer número, o el mayor, se refiere a la presión en las arterias cuando late el corazón (sistólica). El segundo número, o el menor, se refiere a la presión en las arterias entre latidos del corazón (diastólica).

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Una presión de menos de 120 sistólica y menos de 80 diastólica se considera normal.

### Causas de la Hipertensión

- En 90–95 por ciento de los casos de presión arterial alta, NO se conoce la causa.
- En muchos casos, la hipertensión es de origen congénito (hereditario).

### Otros factores asociados con la hipertensión son:

- Raza: los afroamericanos tienen una mayor probabilidad de tener hipertensión.
- El avance de la edad
- La obesidad/sobrepeso
- El sedentarismo/falta de actividad física
- El consumo excesivo de alcohol
- Un alto consumo de sodio/sal, o sensibilidad a la sal
- El embarazo (incremento temporal) y algunos anticonceptivos orales

### Síntomas:

- Por lo general, NO HAY síntomas. Muchas personas la tienen, pero no lo sabe. Por eso, la presión arterial se llama “el asesino silencioso”. Y por eso, es importante medirse la presión arterial regularmente.

### Efectos de la Hipertensión

- La hipertensión aumenta el riesgo de sufrir un ataque al corazón, un ataque cerebral, la enfermedad renal, y otros males.

### Medidas de prevención

Para reducir la probabilidad de desarrollar la presión arterial alta, es importante mantener estilos de vida sanos, como:

- La práctica regular de actividad física (al menos 30 minutos de actividad la mayoría o todos los días de la semana)
- El mantenimiento de una dieta baja en sal y grasa No fumar
- Controlar el consumo de sal/sodio (un máximo de 2,3000 miligramos al día, o aproximadamente una cucharadita de sal)
- Bajar de peso si tiene sobrepeso o es obeso
- Moderación en el consumo de alcohol
- Si los cambios en estilo de vida no son suficientes para reducir la presión, podría ser necesario tomar medicamentos.

### Como se Trata La Hipertensión Arterial

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Los antihipertensivos se recetan para controlar la presión arterial (en el caso de que los cambios en estilo de vida no son suficientes).

#### Los Medicamentos Antihipertensivos:

Hay varios tipos de antihipertensivos:

- diuréticos (diuretics) inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE inhibitors)
- Los antagonistas de los receptores de angiotensina II (angiotensin II receptor antagonists)
- Los beta bloqueadores (beta blockers)
- Los bloqueadores de los canales de calcio (calcium channel blockers)

### **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)**

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es una enfermedad caracterizada por limitación de flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación es usualmente progresiva y resulta de una inflamación anormal del pulmón a partículas nocivas y gases.

El tratamiento actual de la EPOC, se basa en la educación del paciente y familia acerca de esta enfermedad crónica, el abandono del hábito tabáquico, el uso de broncodilatadores (el sistema de inhalación prescrita debe ser el más adecuado al paciente) y la vacunación antigripal anual.

### ENFERMEDADES PULMONARES RESTRICTIVAS Y OBSTRUCTIVAS

#### Enfermedades obstructivas:

Son todas aquellas enfermedades que afectan la vía aérea, por lo tanto hay una dificultad del paso del aire por la vía aérea. Esto se llama aumento de la resistencia. Las enfermedades obstructivas son muy comunes pueden causar discapacidad, ocasionando una insuficiencia respiratoria. Es decir, las personas con enfisema terminan con una insuficiencia respiratoria

Todas estas enfermedades tienen en común la obstrucción de las vías aéreas, por lo tanto ingresa menos aire a los alvéolos

#### Enfermedades restrictivas

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Se definen por el patrón restrictivo de la espirometría y se caracteriza por la dificultad que tienen los pulmones a la expansión. Los movimientos pulmonares están disminuidos por algún tipo de enfermedad. Las enfermedades son muy distintas, pero tienen en común solamente la limitación a la expansión pulmonar.

### Definición EPOC:

Es una enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo la cual no es modificable significativamente y es usualmente progresiva. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía aérea cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo de tabaco y exposición a humo de leña.

En la EPOC se producen distintos fenómenos patológicos en cinco puntos anatómicos, resultando en varias manifestaciones clínicas

- Bronquitis crónica: Inflamación crónica de vía aérea que conduce a hipersecreción mucosa con tos productiva crónica.
- Bronquiolitis obstructiva: Inflamación de vía aérea pequeña que provoca fibrosis y remodelado conduciendo a obstrucción de vía aérea.
- Enfisema: Debido a destrucción proteolítica con remodelado de bronquiolos y alvéolos.
- Enfermedad vascular pulmonar y cor pulmonale: Por destrucción de lecho capilar pulmonar causando hipertensión arterial pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha. Esta patología se conoce como cor pulmonale.
- Enfermedad sistémica: En caso de EPOC avanzada hay inflamación extrapulmonar con caguexia y pérdida de masa magra con debilidad muscular.

### Causas

La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el tabaquismo. Cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC, aunque algunas personas fuman por años y nunca padecen esta enfermedad.

En raras ocasiones, los no fumadores que carecen de una proteína llamada alfa-1 antitripsina pueden presentar enfisema.

Otros factores de riesgo que predisponen a EPOC son:

- Exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Exposición a cantidades considerables de contaminación o humo indirecto de cigarrillo.
- Uso frecuente de gas para cocinar sin la ventilación apropiada.

### Síntomas

- Tos con o sin flema
- Fatiga
- Muchas infecciones respiratorias
- Dificultad respiratoria (disnea) que empeora con actividad leve
- Dificultad para tomar aire
- Sibilancias

Dado que los síntomas de EPOC se presentan lentamente, es posible que algunas personas no sepan que están enfermas.

### Tratamiento

No hay ninguna cura para la EPOC. Sin embargo, hay muchas medidas que se pueden tomar para aliviar los síntomas e impedir que la enfermedad empeore.

Las personas con EPOC tienen que dejar de fumar. Ésta es la mejor manera de reducir el daño pulmonar.

Los medicamentos usados para tratar la EPOC abarcan:

- Inhaladores (broncodilatadores) para abrir las vías respiratorias,
- Esteroides inhalados para reducir la inflamación pulmonar.
- Algunas veces, se usan antiinflamatorios

En casos graves o durante reagudizaciones, es posible que sea necesario recibir:

- Esteroides por vía oral o a través de una vena (por vía intravenosa).
- Broncodilatadores a través de un nebulizador.
- Oxigenoterapia.
- Asistencia durante la respiración desde un máquina (a través de una máscara, BiPAP o sonda endotraqueal).

Se prescriben antibióticos durante la reagudización de los síntomas, debido a que las infecciones pueden hacer que la EPOC empeore.

La oxigenoterapia en el hogar se puede necesitar si usted tiene un nivel bajo de oxígeno en la sangre.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

La rehabilitación pulmonar no cura la neumopatía, pero puede enseñarle a usted a respirar de una manera diferente de forma tal que pueda permanecer activo. El ejercicio puede ayudar a mantener la fuerza muscular en las piernas.

Camine para incrementar la fuerza:

- Pregúntele al médico o al terapeuta qué tanto puede caminar.
- Aumente de a poco la distancia que camina.
- Trate de no hablar cuando camine si tiene dificultad para respirar.
- Utilice la respiración con los labios fruncidos al exhalar (para vaciar los pulmones antes de la siguiente respiración).

Las medidas que se pueden tomar para estar bien en el hogar abarcan:

- Evitar el aire muy frío.
- Asegurarse de que nadie fume en la casa.
- Reducir la contaminación atmosférica eliminando el humo de fogones de leña, quemar basura y otros irritantes.

Consuma una dieta saludable con pescado, carne de aves o carne magra de res, al igual que frutas y verduras. Si le resulta difícil evitar bajar de peso, hable con el médico o un nutricionista respecto a consumir alimentos con más calorías.

Se puede emplear cirugía, pero sólo unos pocos pacientes se benefician de estos tratamientos quirúrgicos:

- La cirugía para extirpar partes del pulmón afectado puede ayudar a que otras áreas (no tan afectadas) funcionen mejor en algunos pacientes con enfisema.
- Trasplante de pulmón para casos graves.

## **DIABETES MELLITUS**

La DM es una enfermedad sistémica que se caracteriza por el aumento en los valores de la glucosa en sangre, debida a la poca o nula producción de insulina a nivel del páncreas. Esta enfermedad al ser sistémica afecta múltiples órganos y/o sistemas: ojos, riñones, piel, corazón, sistema nervioso, entre los principales.

### TIPOS DE DIABETES MELLITUS

Fundamentalmente se conocen 3 tipos de diabetes: DIABETES TIPO 1, DIABETES TIPO 2 y la DIABETES GESTACIONAL.

. DIABETES TIPO 1.- Cuando no existe producción de insulina ya que hay destrucción de las células beta (las células beta producen la insulina en el páncreas), generalmente son pacientes jóvenes (menores de 30 años), con sintomatología muy

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

pronunciada, delgados, y el debut de su enfermedad es muy repentino. Antiguamente se le conocía como Diabetes Insulino-dependiente.

. **DIABETES TIPO 2.-** Cuando hay resistencia a la insulina y déficit en su secreción por parte del páncreas. Las personas con este tipo, generalmente son mayores de 30 años, tienen exceso de peso, su sintomatología no es muy pronunciada, y el inicio de su enfermedad es de forma insidiosa. Antiguamente se le conocía como Diabetes No Insulino-dependiente.

. **DIABETES GESTACIONAL.-** Es la que se descubre durante el embarazo, y su diagnóstico es importante para evitar complicaciones maternas o del recién nacido. Este tipo de diabetes supone un riesgo para la mujer, ya que puede desarrollar diabetes tipo 1 o tipo 2 una vez que ha terminado su embarazo.

### SÍNTOMAS

Las personas con diabetes pueden tener los siguientes síntomas: aumento en el volumen y frecuencia urinaria, polidipsia (aumento en el volumen de ingesta de líquidos), polifagia (o estar siempre con hambre), prurito, pérdida de peso, visión borrosa, cansancio, debilidad, piel seca, heridas que sanan lentamente.

Las personas con diabetes pueden tener todos los síntomas, algunos, o ninguno de los arriba descritos.

### DIAGNÓSTICO DE UNA PERSONA CON DIABETES

Se sospecha de una persona con diabetes cuando tiene la sintomatología clínica y/o algún factor de riesgo asociado (antecedentes familiares, obesidad, uso de corticoides, endocrinopatías, etc.). Ello se confirma con pruebas de GLUCEMIA, es decir midiendo la glucosa en sangre.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda los siguientes

### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

<b>Criterios de Diagnóstico de la Diabetes según la ADA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glicemia plasmática mayor o igual a 200 mg/dl en cualquier momento del día, junto a los síntomas cardinales de diabetes.</li> <li>○ Glicemia plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl</li> <li>○ Glicemia plasmática mayor de 200mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga de 75 gr de glucosa.</li> </ul> <p>Cualquiera de los criterios debe ser confirmado en un día diferente, con el mismo u otro criterio, salvo que se evidencie una descompensación hiperglicémica franca.</p>

El diagnóstico definitivo de Diabetes Gestacional, requiere un test de O" Sullivan, es decir de la ingesta de 50 gr de glucosa, y medir la glucosa en sangre 1 hora después, si esta da mayor de 140mg/dl, luego es candidata para hacer una curva de tolerancia a la glucosa:

La ingesta de 50gr de glucosa y medir la glucosa en 4 oportunidades: una muestra momentos antes de la ingesta (Glicemia basal), la segunda medida a la hora post-ingesta, la tercera medida a las dos horas post-ingesta, y la última medida a la tercera hora post-ingesta. Si al menos en dos oportunidades los valores son iguales o superiores a: Glucemia Basal: 95mg/dl, glucemia a la hora: 180mg/dl, glucemia a las 2 horas: 155mg/dl, y glucemia a las 3 horas: 140mg/dl; estamos frente al diagnóstico de Diabetes Gestacional.

### COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Las Complicaciones agudas pueden ser:

La Cetoacidosis Diabética: Es la complicación aguda típica de la diabetes mellitus Tipo 1

La Descompensación Hiperosmolar: Es la complicación aguda típica de la diabetes Tipo 2.

La Hipoglicemia: Se produce cuando las concentraciones de glucosa plasmática son anormalmente bajas, por debajo de 50mg/ml.

**EL DIABÉTICO NO DEBE OLVIDAR HACERSE UN CONTROL ESTRICTO DE SU ENFERMEDAD PARA EVITAR QUE ESTAS COMPLICACIONES AGUDAS HAGAN PELIGRAR SU VIDA**

Las Complicaciones Crónicas Son:

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

La pérdida progresiva de la visión, que puede llevar al paciente a la ceguera. A esto los médicos conocemos como RETINOPATIA DIABÉTICA.

Las alteraciones renales, que en muchos casos llegan a ser graves, ya que los riñones dejan de funcionar totalmente, y los pacientes requieren de diálisis para sobrevivir. A esto los médicos llamamos NEFROPATIA DIABETICA.

Las alteraciones neurológicas, que se manifiestan como pérdida progresiva de la sensibilidad, sensación de hormigueo, y dolor en manos y pies. A veces los pacientes hacen infartos cardiacos silentes (sin dolor) por tener alteraciones en la sensibilidad. A esto los médicos conocemos como NEUROPATIA DIABETICA.

El pie diabético y otras alteraciones de continuidad en piel. Son heridas difíciles de curar, sobre todo cuando hay infección es difícil su recuperación. Es por eso que en algunos casos de pie diabético, el paciente sufre la amputación del miembro afectado.

Las complicaciones cardiacas, es decir el diabético puede desarrollar un infarto cardiaco más fácilmente que otras personas por la obstrucción de las arterias coronarias que llevan sangre al corazón (por la aterosclerosis).

#### CUIDADOS EN UN ENFERMO CON DIABETES

- El control periódico de la enfermedad, saber que esta enfermedad no se cura pero que se maneja... Por tanto no faltar a sus citas con su médico.
- Saber que debe llevar un estilo de vida saludable: una dieta sana, hacer ejercicio físico (de acuerdo a la edad), y no consumir drogas.
- Tener mucho cuidado con hacerse heridas en la piel, sobretodo en el pie, por ejemplo: caminar descalzo puede llevar a una infección en el pie, y como hemos dicho el pie diabético es de difícil manejo, que en algunos casos puede ser la causa de amputación.
- Controlar las enfermedades asociadas: hipercolesterolemia, hipertensión arterial, abuso y dependencia a drogas, obesidad, etc.
- Conocer con mucha exactitud la dosis de medicamentos que toma, de esta manera se evita la Hipoglicemia, un trastorno agudo que puede resultar fatal.
- Así mismo el paciente y sus familiares deben estar preparados para reconocer como se manifiesta una Hipoglicemia (sudoración, mareos, pérdida de conocimiento, convulsiones, etc) y la forma de actuar en estos casos.

#### CUIDADOS DE LOS FAMILIARES DE DIABÉTICOS

- Ser los principales motivadores para que el paciente cumpla con su tratamiento.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

- Si es familiar de un diabético tipo 2, a partir de los 20 años, no estaría mal que anualmente te hicieras un test de glicemia.
- Si es mujer y está embarazada, y además tiene familiares diabéticos, está en la obligación de hacer estudios para descartar Diabetes Gestacional.
- Practicar un estilo de vida saludable, esto motivará a tu familiar para cumplir con su tratamiento.
- Debes estar preparado para reconocer un cuadro de Hipoglicemia (sudoración, mareos, pérdida de conocimiento, convulsiones, etc.), y así mismo como manejarla.

### CONTROL DE LA ENFERMEDAD

El control de un paciente será óptimo cuando en sus controles, se den las siguientes características:

En Ayunas: Glucemia: 80 a 110 mg/dl

Post-prandial: Glucemia: 80 a 144 mg/dl

Hemoglobina Glicosilada (Hb A1c): menor del 6.5%

### QUÉ DEBEMOS SABER ACERCA DE LA DIABETES

- o Que un buen manejo de la diabetes eleva potencialmente la calidad de vida del paciente.
- o Que un paciente obeso, si baja de peso mejorará sus niveles de "azúcar en sangre", así mismo evitará la aparición o el progreso de otras enfermedades crónicas.
- o Que en la mujer embarazada con Diabetes se utiliza insulina, y no se usan antidiabéticos orales, estos últimos en la mayoría son teratogénicos y en otros casos no es segura su administración.
- o Cuando un paciente con DM tipo 2 va a ser intervenido quirúrgicamente, y está recibiendo antidiabéticos orales, tendrá que suspender y usar insulina. Lo mismo cuando tenga una infección.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es la forma más severa e incapacitante de la artritis. Durante décadas se ha visto cómo un gran número de pacientes con artritis reumatoide no responden al tratamiento y terminan con grandes limitaciones funcionales.

### DEFINICION

La artritis reumatoide es una enfermedad general y difusa del tejido conectivo, crónica, de etiología desconocida, caracterizada primordialmente por lesiones inflamatorias articulares. Su cuadro clínico tiene diversas variaciones; por lo general, se presenta como una poli artritis periférica simétrica, pero puede ser monoarticular y con frecuencia acompañarse de manifestaciones extraarticulares.

### SINTOMAS

Los primeros síntomas que se presentan son: dolor, edema y dificultad para movilizar la zona afectada. Generalmente comienza en las manos, nudillos y dedos, luego afecta las muñecas, los codos, hombros, pies, rodillas y algunas veces la articulación de la mandíbula.

Comúnmente cursa con fiebre, enrojecimiento y rigidez de las articulaciones inflamadas. Una característica particular de la AR es la rigidez en las articulaciones, impidiendo en el movimiento normal de las mismas al levantarse. Esto se debe a la acumulación de líquido en la articulación, producto de la inmovilidad de la noche.

A medida que la enfermedad avanza, se notan ciertas deformidades, edema y dolor persistente que va dificultando progresivamente los movimientos y actividades diarias. Con el tiempo, todos los pacientes experimentan síntomas emocionales muy importantes como depresión, ansiedad, temor al futuro, incertidumbre, mal genio, inseguridad y deseos de aislamiento.

Otros síntomas importantes que se pueden presentar son las manifestaciones extraarticulares, las cuales se dan en cualquier otro órgano y su número y severidad varían de acuerdo con la duración de la enfermedad. Puede afectar los ojos observándose sequedad excesiva, enrojecimiento y ulceraciones de la córnea; queratoconjuntivitis seca, es la manifestación ocular más frecuente, otro de los signos encontrados es la anemia.

### TRATAMIENTO

- Farmacológico

Los antiinflamatorios tienen actividad antiinflamatoria y analgésica. Actúan rápidamente y durante un corto periodo de tiempo.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Glucocorticoides: son de utilidad a dosis pequeñas y por corto tiempo cuando la actividad no es controlada por los anteriores.

Medicamentos modificadores de la enfermedad: son medicamentos capaces de modificar el curso de la enfermedad; gracias a su uso se logra que el curso de la artritis sea más benigno, con menos episodios de inflamación y periodos más prolongados libres de síntomas. Su efecto no es inmediato, puede durar semanas o meses en manifestarse; su objetivo es, a largo plazo, disminuir la destrucción articular, evitar las deformaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- No Farmacológico

Dicho tratamiento incluye aspectos importantes que van desde el simple reposo en el momento adecuado, pasando por una serie de ejercicios, hasta la más complicada de las intervenciones quirúrgicas.

El objetivo principal de la fisioterapia en esta entidad es el manejo del dolor y la inflamación, la disminución de las deformidades y el logro de la funcionabilidad. La terapia recomendada incluye medios físicos y ejercicios físicos, tales como: ejercicios de estiramiento, de fortalecimiento y ejercicios de resistencia. La terapia ocupacional hace parte del tratamiento integral y sigue lineamientos básicos orientados a mantener e incrementar las habilidades del paciente que le permitan desarrollar funciones independientes y eficaces en su desempeño diario.

Otras alternativas de tratamiento incluyen la confección de férulas las cuales buscan mantener la alineación de las articulaciones, siendo las más frecuentes las férulas en posición funcional o palmeta nocturna, las férulas para desviación cubital, para estabilización del pulgar y las férulas para dedos (anillos).

El programa de protección articular y conservación de energía está encaminado a disminuir el dolor, mantener un balance entre actividad y descanso, a reducir los esfuerzos innecesarios y evitar posiciones deformantes, a utilizar articulaciones grandes y fuertes en planos estables, anatómicos y funcionales, durante cualquier actividad; también recomienda evitar una misma posición por largos periodos de tiempo.

#### Manejo del dolor

Incluye la terapia de calor y frío, fomento del reposo, posiciones apropiadas y uso de dispositivos de sostén y apoyo de las partes corporales afectadas. La aplicación de calor favorece la relajación muscular y mejora la circulación de la sangre aumentando el suministro de oxígeno y nutrientes a los músculos y otros tejidos blandos. Es eficaz para aliviar el dolor y rigidez matutina. La terapia térmica se aplica por medio de toallas o compresas calientes, en la espalda, cuello, caderas, rodillas y hombros, teniendo cuidado de evitar las quemaduras, especialmente en aquellos pacientes con deterioro de la sensibilidad. Las duchas o baños calientes (durante 10 a 20 minutos) ayudan a relajar y a reducir la rigidez en las articulaciones comprometidas. La aplicación de

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

compresas frías puede disminuir la percepción del dolor, ayudan a reducir el edema y relajan los músculos espasmódicos.

### Reposo

Los periodos frecuentes de reposo en cama durante el día interrumpen el apoyo del peso de las articulaciones y alivian la fatiga. Si la inflamación articular es grave se recomienda el reposo completo en cama durante un lapso breve en el cual deben continuarse con ejercicios pasivos y de arco de movimiento. El paciente debe estar totalmente horizontal y los pies apoyados en un tablero, todas las articulaciones deben recibir apoyo para estar en la posición funcional óptima. Debe utilizar una sola almohada debajo de la cabeza para evitar el riesgo de cifosis dorsal. Por ningún concepto debe colocarse la almohada debajo de las rodillas, ya que ésta facilita la aparición de contracturas por flexión de estas articulaciones.

### Posiciones, aumento de la movilidad, actividad y ejercicios

La postura corporal correcta o anatómica es indispensable para someter a mínimo esfuerzo la articulación. La postura correcta incluye caminar con la espalda erguida y sentarse en sillas con respaldo recto de manera que los pies descansen sobre el suelo, y los hombros y cadera contra el respaldo de la silla.

Establecer un programa sistemático de ejercicios, pasivos y activos, de arcos de movimiento y fortalecimiento muscular; ejercicios de fortalecimiento de hombro y espalda y estiramiento de la parte inferior del muslo. Fortalecimiento de caderas, pantorrillas y abdominales, y ejercicios de resistencia los cuales son benéficos para el sistema cardiovascular.

### Plan de autocuidado y autoestima

Es de vital importancia que el personal de enfermería colabore con el paciente en el logro de los objetivos de cuidado personal e independencia, brindar al paciente ayuda sólo cuando es estrictamente necesario. Es frecuente que tengan dificultad con los movimientos finos y delicados, por lo que se les debe enseñar la forma de realizar tareas difíciles y el uso de dispositivos auxiliares.

Temor, ansiedad, depresión, ira y sensación de pérdida son manifestaciones psicológicas comunes en este tipo de pacientes, debido a que con frecuencia se modifican aspectos de la vida del paciente como trabajo, vida social, actividad sexual y situación socioeconómica; los cambios en la imagen corporal suelen causar aislamiento social y depresión, por lo que se le debe estimular para que exprese sus sentimientos de una forma espontánea y positiva, y tanto la enfermera como el familiar deben esforzarse por comprender la personalidad y reacciones emocionales propias de pacientes que sufren este tipo de patologías crónicas e incapacitante.

### Plan nutricional

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Los pacientes con AR suelen presentar anorexia, disminución ponderal y anemia. Es importante enseñar y enfatizar que las dietas con un adecuado aporte de nutrientes ayudan al tratamiento y favorecen el bienestar del paciente. La obesidad empeora el curso de las articulaciones inflamadas. (24) Brindar un manejo adecuado a los pacientes con artritis reumatoidea puede requerir el empleo de folletos, videos y charlas educativas y sin duda el trabajo de un equipo interdisciplinario

## OSTEOPOROSIS

Enfermedad esquelética caracterizada por una resistencia ósea disminuida, que predispone un aumento del riesgo de fractura. La resistencia ósea refleja la integración de la densidad (cantidad) y la calidad ósea.”

### DEFINICION

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que afecta al hueso, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo que lleva a un incremento en la fragilidad del mismo y de la susceptibilidad para las fracturas.

Esta enfermedad es clínicamente silente, unido a las limitaciones de los métodos diagnósticos así como el elevado coste de los mismos hace que esté todavía infradiagnosticada e infratratada.

### CAUSAS

#### -Secundaria

Cuando el principal factor determinante de la osteoporosis es una enfermedad asociada como hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, hipogonadismo, malnutrición severa, anorexia nerviosa, mieloma múltiple, enfermedades del tejido conectivo, medicamentos, inmovilización, alcoholismo crónico, EPOC...

#### -Primaria

Engloba tres situaciones: la osteoporosis fundamentalmente debida al envejecimiento (osteoporosis senil), la osteoporosis fundamentalmente debida a la menopausia (osteoporosis postmenopáusicas) y la osteoporosis para la que no se encuentra explicación (idiopática), que aparece antes de la menopausia en la mujer y de los 65 años en el hombre.

### TIPOS

#### -Osteoporosis tipo 1:

Empieza entre la cuarta y quinta década de la vida y es más frecuente en mujeres. A partir de ese momento, a la pérdida de masa ósea fisiológica se le añade una pérdida adicional de entre 1-5% anual.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

Se desconoce el mecanismo exacto de actuación, aunque el déficit estrogénico juega un papel muy importante.

-Osteoporosis tipo 2:

Se produce en hombres y mujeres, ocurre principalmente tras la década de los 70 años y afecta tanto al hueso cortical como al trabecular. El ritmo de pérdida ósea es de 0.5-1% anual en mujeres, la mitad en hombres.

Se desconoce con exactitud la etiopatogenia, las modificaciones en las diferentes hormonas implicadas en el metabolismo fosfocálcico juegan un papel fundamental ya que están relacionadas con la disminución de nefronas funcionantes, descenso de los niveles séricos de calcio y el incremento de los niveles de secreción de PTH como mecanismo compensatorio para mantener los niveles séricos de calcio.

Intervienen como factores secundarios la disminución de la actividad física propia de la edad y el incremento de deficiencias nutricionales.

**SINTOMATOLOGÍA**

La osteoporosis es una enfermedad asintomática que sólo da lugar a manifestaciones cuando se complica con el desarrollo de fracturas, las más características son la vertebral, la de cadera y la de muñeca, seguidas por la de húmero, pelvis y costillas.

Las manifestaciones son las mismas que las de fracturas no osteoporóticas de igual localización, como dolor, impotencia funcional y deformidad.

**TRATAMIENTO**

Medidas no farmacológicas:

- modificación del estilo de vida.
- evitar la inmovilidad.
- corregir las posibles deficiencias nutricionales, asegurando unos aportes adecuados de calcio y vitamina D.
- evitar el riesgo de caída y la fuerza del impacto.
- apoyo psicológico.

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA</b>	<b>PE235-MPECEX</b>
		<b>Versión: V.2</b>
	<b>PROCESO ENFERMERIA</b>	Edición: Junio 2014

## BIBLIOGRAFIA

- R.A El Programa de las Heridas: Una Nueva era en la Curación de las Heridas. Centre for Medical Education, The University of Scotland, Londres.,1994.
- CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basada en la Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia
- SMELTZER Sc, Bare. Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Tratamiento Postoperatorio de Enfermería. Mc Graw Hill Interamericana, México. 1998. p: 419 – 427.
- POTTER P. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica: Cuidados de las Heridas. Mosby Doyma, Madrid - España., 1996. p: 1135 –1172.
- KOZIER B; BUFALINO Pm; Glenola. Fundamentos de Enfermería: Cuidado de las heridas. Interamericana, México. 1994. p: 829 – 854.
- Arcila, C Nelly. “Infección Intrahospitalaria prevención y control”. Hospital San Vicente de Paúl, Medellín, Antioquia, 1993. Pág. 533
- “Guías de atención Integral de Vigilancia en Salud Publica”. Secretaria de Salud de Cundinamarca, Oficina de Epidemiología.
- How to use an Alcohol-based Handrub:en <http://www.infectioncontroltoday.com/articles/581feat6.html>
- Calcedo Barba, A. “Derechos de los pacientes en la práctica clínica”. Edit. Entheus. 2005
- Cañas de Paz, F. “Urgencias Psiquiátricas”. Monografías de Salud Mental. CAM. 1995
- Díaz González, R.; Hidalgo, I. “Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas”. Edit Mosby. 1999

<b>Elaborado por:</b> Coordinadora Enfermería	<b>Revisado por:</b> Subdirección Científica	<b>Aprobado por:</b> Gerente
--	---	---------------------------------