



MINISTERIO
DE SALUD

Manual de procedimientos básicos de enfermería

El Salvador 2024



MINISTERIO
DE SALUD

Manual de procedimientos básicos de enfermería

El Salvador 2024

2024 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, Distrito de San Salvador. Teléfono: 2591 7000

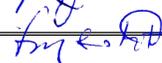
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud, *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud
Ad honorem

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud
Ad honorem

APROBACIONES			
FUNCIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por	Lic. Hugo Hernán Ascencio Fuentes	Enfermero Supervisor, Nivel Superior <i>Ad honorem</i>	
Revisado por	Ing. Kevin Miguel Guevara Cárcamo	Jefe de sección de Calidad	
Aprobado por	Lcda. Ludys Mabel Soto de Zepeda	Jefe Unidad Nacional de Enfermería	



CONTENIDO

I. Introducción	1
II. Objetivos	1
III. Alcance	2
IV. Contenido técnico de procedimientos	2
A. Inventario de los procedimientos	3
B. Consideraciones especiales	4
C. Descripción de los procedimientos	5
Procedimientos para la atención de enfermería en la valoración de la salud y cuidados asistenciales	5
1. M03-03-P01-Control de constantes vitales	7
2. M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud	9
3. M03-03-P03-Arreglo de unidad: cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica	12
4. M03-03-P04-Alimentación asistida	14
5. M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal	17
6. M03-03-P06-Colocación de vendaje	19
7. M03-03-P07-Post mortem	22
Procedimientos para la atención de enfermería en la seguridad de la persona	26
1. M03-03-P08-Identificación de la persona	28
2. M03-03-P09-Prevención de caídas	30
3. M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico	34
4. M03-03-P11-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales	38
5. M03-03-P12-Conteo del material quirúrgico en cirugía mayor	40
6. M03-03-P13-Curación de la persona ambulatoria y hospitalizada	44
7. M03-03-P14-Retiro de puntos de sutura y grapas	46
8. M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento	50
9. M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad	54
10. M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar)	58
11. M03-03-P18-Pediculosis	61
12. M03-03-P19-Aspirado de secreciones	63
13. M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical	66
14. M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama	71
Procedimientos para la atención de enfermería en el cumplimiento del tratamiento a la persona ...	75

1.M03-03-P22-Administración de medicamentos por vía tópica.....	76
2.M03-03-P23-Administración de medicamentos por vía oral.....	78
3.M03-03-P24-Venopunción.....	81
4.M03-03-P25-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico.....	86
5.M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral.....	88
6.M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan.....	95
7.M03-03-P28-Enema.....	99
V. Disposiciones finales.....	102
VI. Vigencia.....	103
VII. referencias bibliográficas.....	104
VIII. Historial de cambios.....	105
IX. Anexos.....	105
Anexo 1: Definiciones y abreviaturas.....	105
Anexo 2: Técnica de control de pulso.....	107
Anexo 3: Técnica de control de la respiración.....	108
Anexo 4: Técnica de control de presión arterial.....	108
Anexo 5: Técnica para control de peso.....	109
Anexo 5a: Técnica para control de peso en niños menores de dos años.....	109
Anexo 5b: Técnica para control de peso en niños mayores de 2 años y en el adulto.....	110
Anexo 6: Técnica para control de la longitud.....	110
Anexo 6a: técnica para control de la longitud en niños menores de 2 años.....	110
Anexo 6b: Técnica para control de talla en mayores de 2 años.....	111
Anexo 7: Técnica de Cama Abierta y con Persona.....	112
Anexo 8: Técnica de cama posquirúrgica (cerrada).....	114
Anexo 9: Técnica de administración de alimentación naso enteral por Jeringa.....	115
Anexo 10: Técnica de administración de alimentación naso enteral por gavaje gástrico.....	116
Anexo 11: Técnica de administración de alimentación naso enteral por bomba de alimentación enteral.....	117
Anexo 12: Técnica de alimentación por gastrostomía.....	118
Anexo 12a: Técnica administración en gastrostomía por jeringa.....	118
Anexo 12b: Técnica administración en gastrostomía por gavaje.....	119
Anexo 12c: Técnica administración en gastrostomía por bomba de infusión.....	120
Anexo 13: Técnica de alimentación por yeyunostomía.....	121
Anexo 13a: Técnica de alimentación en yeyunostomía por jeringa.....	121
Anexo 13b: Técnica de alimentación en yeyunostomía por bomba de infusión.....	122
Anexo 14: Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton.....	123
Anexo 15: Técnica de limpieza y desinfección terminal de áreas.....	124
Anexo 16: Técnica de curación.....	125
Anexo 17: Escala Braden.....	126
Anexo 18: Escala Nsras.....	127
Anexo 19. Plan de cuidados de enfermería a personas que presentan riesgo de UPP.....	128
Anexo 20: Medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería.....	129
Anexo 21: Personal que elaboró el documento.....	130



MINISTERIO
DE SALUD

Distrito de San Salvador y Capital de la República, 15 de julio de 2024.-

Acuerdo n° 322. -

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud,

Considerando:

- I. Que de conformidad a lo establecido en los artículos 40 del Código de Salud y 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, el Ministerio de Salud es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- II. Que el Código de Salud, en su artículo 41 numeral 4, establece que el Ministerio de Salud, es el responsable de organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.
- III. Que los artículos 193 y 195 del Código de Salud señalan que corresponde al Ministerio de Salud, realizar mediante sus dependencias técnicas y organismos regionales, departamentales y locales, las funciones de asistencia médica, para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los pacientes. Para ello establecerá normas generales para coordinar y unificar procedimientos básicos de enfermería que han de seguirse en la asistencia médica.
- IV. Que de acuerdo a lo establecido en los considerandos anteriores, es necesario desarrollar los procedimientos técnicos que desarrolla enfermería en los diferentes establecimientos de salud.

Por tanto, en uso de las facultades legales, acuerda emitir el:

Manual de procedimientos básicos de enfermería

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
		M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
		Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 1 de 139

I. Introducción

El presente manual de procedimientos, documenta las principales actividades de atención integral que ofrece el personal de enfermería, como parte del proceso de atención en salud, describe el cuidado y atenciones que se ofrecen a la persona en los establecimientos de salud, mediante el enfoque por procesos institucional. Este enfoque fomenta el desarrollo organizacional y el mejoramiento continuo para cumplir la misión del MINSAL.

El manual establece las bases para la ejecución de los procedimientos propios de enfermería, unificando criterios que sistematizan las actividades y definen la metodología para su realización. Consolida los procedimientos básicos que se realizan con mayor frecuencia en los establecimientos de salud, facilitando la prestación de servicios de calidad en todos los niveles de atención y el cumplimiento de las normativas del MINSAL, además armoniza con la sistematización y uso de herramientas tecnológicas necesarias para hacer más eficaz el trabajo del personal de enfermería.

II. Objetivos

Objetivo general

Disponer de un documento técnico que describa los procedimientos básicos realizados por el personal de enfermería para la atención en salud de manera integral, abarcando todas las etapas de la vida y con enfoque de derechos. Además, este documento busca fortalecer la gestión de la calidad institucional.

Objetivos específicos

1. Estandarizar los procedimientos básicos de atención de enfermería que permitan y faciliten proporcionar una atención segura y eficaz a la persona.
2. Fortalecer las acciones independientes, dependientes e interdependientes del quehacer de enfermería para el mejoramiento continuo institucional.
3. Mejorar la eficiencia operacional eliminando actividades repetitivas y puntos críticos en la ejecución de los procedimientos básicos.
4. Contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno en la atención que se le ofrece a la persona en los establecimientos de salud.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 2 de 139

III. Alcance

El presente manual comprende los procedimientos básicos que se desarrollan durante la prestación del cuidado de enfermería en los establecimientos de salud, los que se han normalizado con el fin de establecer líneas claras de actuación, válidas para todo profesional que aplique los procedimientos descritos y que labore en el Ministerio de Salud.

IV. Contenido técnico de procedimientos

El MINSAL está implementando el modelo de trabajo por procesos con el fin de modernizar la gestión y colocar a las personas como el eje central, determinando utilizar cuatro tipos de macro procesos:

1. Procesos estratégicos: relativos al establecimiento de políticas y estrategias que permitan el alcance de los objetivos de la institución.
2. Procesos misionales: Son los que conforman la cadena de valor, los generadores de los productos y servicios que desarrollan la misión institucional.
3. Procesos de apoyo: orientados a brindar los recursos necesarios para los demás procesos, para el desarrollo de la gestión y la obtención de los servicios, productos o resultados.
4. Procesos de control: aplicables para ejercer el control interno y el mejoramiento continuo de los procesos.

Los procedimientos consignados en este manual están directamente relacionados con los siguientes documentos:

- Macroproceso institucional, M03- "Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de atención primaria en salud".
Mapa de Macroprocesos del Ministerio de Salud; Acuerdo Ministerial de oficialización n.º 637 del 12 febrero 2021.
- Manual de procesos y procedimientos de atenciones de salud integrales ambulatorias de baja complejidad.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatencionesdesaludintegralesambulatoriasdebajacomplejidad-Acuerdo-515_v1.pdf
- Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización".
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatenciondesaludintegralenhospitalizacion-Acuerdo-660_v1.pdf
- Manual de procesos y procedimientos para proporcionar atenciones de salud integrales en emergencias.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosparaproporcionaratencionesdesaludintegralesenemergencias-Acuerdo-2939_v1.pdf
- Manual de procesos y procedimientos quirúrgicos seguros.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosquirurgicosseguros-Acuerdo-1404_v1.pdf
- Otros manuales relacionados a la atención de la persona, en los que interviene enfermería como parte operativa de los procesos.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 3 de 139

A. Inventario de los procedimientos

Los procedimientos documentados se detallan en la tabla que se presenta a continuación.

Macroproceso	Procedimientos
M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS.	Procedimientos para la atención de enfermería en la valoración de la salud y cuidados asistenciales
	1. M03-03-P01-Control de constantes vitales.
	2. M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud.
	3. M03-03-P03-Arreglo de unidad: tendido de cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica.
	4. M03-03-P04-Alimentación asistida.
	5. M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal.
	6. M03-03-P06-Colocación de vendaje.
	7. M03-03-P07-Post mortem.
	Procedimientos para la atención de enfermería en la seguridad de la persona
	1. M03-03-P08-Identificación de la persona.
	2. M03-03-P09-Prevención de caídas.
	3. M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico.
	4. M03-03-P11-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales (Limpieza terminal).
	5. M03-03-P12-Conteo del material quirúrgico en cirugía mayor.
	6. M03-03-P13-Curación de persona ambulatorio y hospitalizado.
	7. M03-03-P14-Retiro de puntos de sutura y grapas.
	8. M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de nacida.
	9. M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical o hasta los 3 meses de edad.
	10. M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar).
	11. M03-03-P18-Pediculosis.
	12. M03-03-P19-Aspirado de secreciones.
	13. M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical.
	14. M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama.
	Procedimientos para la atención de enfermería en el cumplimiento del tratamiento a la persona
	1. M03-03-P22-Administración de medicamentos por vía tópica.
	2. M03-03-P23-Administración de medicamentos por vía oral.
	3. M03-03-P24-Venopunción.
	4. M03-03-P25-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico.
5. M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral.	
6. M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan.	
7. M03-03-P28-Enema	

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 4 de 139

B. Consideraciones especiales

Para una mejor comprensión y cumplimiento de los procedimientos establecidos, las autoridades del establecimiento deben garantizar el cumplimiento de las siguientes consideraciones:

1. Cumplir en todo momento los principios que guían el actuar del profesional de enfermería.
2. Todo profesional de enfermería que presta sus servicios a establecimientos del MINSAL, debe conocer los procedimientos descritos en el documento.
3. La jefatura de enfermería debe programar trimestralmente auditoría de procedimientos con herramientas vigentes y estandarizadas de supervisión.
4. Ejecutar encuestas de percepción a la persona, definidas por el MINSAL, para valorar resultados y establecer planes de mejora que contribuyan a eliminar o disminuir fallas.
5. Para el control de las constantes vitales es necesario verificar las siguientes condiciones: asegurar la condición, limpieza y desinfección del equipo antes de ser utilizado, la condición individual de la persona, factores ambientales y uso de medicamentos. En el caso de la medición de la respiración puede ser más fiable si se realiza simultáneamente cuando se controla el pulso, esto ayuda al paciente a estar relajado y no modificar el ritmo respiratorio.
6. Al momento de administrar medicamentos por cualquier vía según indicación médica, es necesario verificar si la persona tiene antecedentes de alergia a algún medicamento, tiene capacidad para tomarlo por vía oral, informar a la persona acerca de la acción y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos, utilizar un lenguaje que la persona pueda comprender.
7. En procedimiento de venopunción no puncionar miembros con fistulas arteriovenosas, insuficiencia venosa o cirugía de mastectomía.
8. En el horario de baño de las personas, se debe dejar un depósito de ropa sucia con bolsa, cercano a esta área, para evitar desplazarse con ella. La ropa sucia no debe permanecer en las áreas de atención a las personas.
9. Al retirar ropa utilizada en la persona con enfermedad infectocontagiosa, debe depositarla en bolsa color ROJO y cerrarla con nudo. Elaborar la ETIQUETA: "ROPA CONTAMINADA" con la siguiente información: fecha, servicio, cantidad de ropa o tipo de prenda, luego adherirla a la bolsa.
10. Respetar en todo momento la individualidad de la persona (evitar exponerla, protegerla de agentes externos y prevenir caídas).
11. Los recién nacidos serán expuestos a la luz del sol, a través de "baños de sol", tomando en cuenta las precauciones y horarios adecuados: cubrir ojos con antifaz y genitales con campo oscuro.
12. Se deberán cumplir los 5 momentos de lavado de manos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, no sustituir lavado de manos por alcohol gel.
13. Al dirigirse a la persona debe hacerlo por su nombre, evitando utilizar calificativos o cosificarlo.
14. Previo a realizar el procedimiento de post mortem, verificar que el médico cierre con sutura heridas, ostomías y cavidades expuestas. De no presentarse familiar, se debe coordinar con trabajo social o personal designado por la dirección para el resguardo de pertenencias.
15. En el procedimiento de post mortem, en caso de muerte traumática o violenta, se realizará posterior a evaluación por medicina legal y fiscalía general de la república.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 5 de 139

16. En caso que la persona fallecida sea posible donador de órganos, coordinar con responsable asignado de trasplante antes de realizar el procedimiento post mortem.
17. El registro de la realización de procedimientos de enfermería se realizará en el Sistema Integrado de Salud (SIS) en digital, cuando o en físico cuando el sistema no permita acceder se realizará en físico.
18. En el procedimiento de prevención de caídas, la sujeción con correas se hará con indicación médica.
19. En el procedimiento de preparación de la persona para el acto quirúrgico, es requisito indispensable que para cirugía ambulatoria la persona lleve acompañante.
20. En el procedimiento de venopunción, el acceso venoso para administrar medicamentos no se utilizará para otros fines diagnósticos.
21. En toda atención en salud que se proporcione en un menor de 18 años, este debe estar acompañado por un familiar o adulto responsable y en su ausencia un miembro del personal de salud.
22. El cambio de sonda vesical inicia con el retiro y luego en la colocación de la sonda.
23. Para aplicación de vacunas por diferentes vías, se debe consultar la normativa vigente y Lineamientos técnicos para la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.
24. En pacientes que presenten dificultad al momento de introducir la sonda vesical en la uretra, esta debe ser colocada por el médico.

C. Descripción de los procedimientos

Los procedimientos se describen detallando las actividades y apoyándose de un diagrama de flujo, basado en la metodología de relaciones cruzadas.

A continuación, se describen los procedimientos básicos que se detallan en el inventario, los que están clasificados de acuerdo al tipo de atención.

Procedimientos para la atención de enfermería en la valoración de la salud y cuidados asistenciales

Marco regulatorio para los procedimientos de este componente

La normativa necesaria para el cumplimiento de todos los procedimientos descritos, está detallada en el marco regulatorio vigente relacionado a la atención de enfermería en la valoración de la salud y cuidados asistenciales, las que se describen a continuación. Estos se detallan según numeración en la casilla de "Registro y normativa a utilizar" del cuadro descriptivo.

MARCO NORMATIVO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamiento_Bioseguridad.pdf 2. Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la infección sanitaria. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontroldelasinfeccionesasociadasalaatencionensalud/AAS-Acuerdo-2933.pdf 3. Lineamientos técnicos para la descontaminación de material médico quirúrgico en los establecimientos de las RIISS. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_material_quirurgico_riiss.pdf 4. Lineamientos Notas de Enfermería. http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf



MARCO NORMATIVO

5. Ley de deberes y derechos de personas y prestadores de servicios de salud.
https://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/regulacion/ley_derecho_personas.pdf
6. Guías clínicas de medicina interna.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiasclinicasdemedicinainterna-Acuerdo-Ministerial-1482-20082020.pdf>
7. Manual de procedimientos de enfermería. Tomo I.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p1.pdf
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p2.pdf
8. Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf
9. Lineamientos técnicos para la evaluación del estado nutricional en el ciclo de vida y desarrollo en la niñez y adolescencia.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_estado_nutricional_ciclo_vida_29112013.pdf
10. Lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado de Salud.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosparaelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>
11. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnicadeatencionintegralensaludalapersonaadultamayor.pdf>
12. Lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales de la RIIS.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/Lineamientos_tecnicos_para_la_prescripcion_de_dietas_hospitalarias_RIIS.pdf
13. Lineamientos técnicos para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosaplicacionprocesoatencionenfermeriariisv1.pdf>
14. Lineamientos técnicos para el manejo y disposición final de cadáveres de casos COVID-19. Quinta edición.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparaelmanejoydisposicionfinaldecadavesdecasosdeCOVID19-5E-Acuerdo-2239.pdf>
15. Manual de procesos y procedimientos de atenciones de salud integrales ambulatorias de baja complejidad.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatencionesdesaludintegralesambulatoriasdebajacomplejidad-Acuerdo-515_v1.pdf
16. Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatenciondesaludintegralenhospitalizacion-Acuerdo-660_v1.pdf
17. Manual de procesos y procedimientos para proporcionar atenciones de salud integrales en emergencias.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosparaproponeratencionesdesaludintegralesenemergencias-Acuerdo-2939_v1.pdf
18. Manual de procesos y procedimientos quirúrgicos seguros.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosquirurgicosseguros-Acuerdo-1404_v1.pdf
19. Norma para Registro de Hechos Vitales.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/norma_registro_hechos_vitales.pdf
20. Lineamientos técnicos para el llenado de la constancia de asistencia médica en accidente de tránsito.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_certificado_accidentes_de_transito2.pdf
21. Guías Clínicas de Ortopedia.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Ortopedia.pdf
22. Guía para la gestión de los desechos sólidos con disposición final en celdas de seguridad.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_desechos_solidos_d_final_celdas_seguridad.pdf
23. Lineamientos técnicos para la supervisión de enfermería en las RIIS.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_supervision_enfermeria_riis_31012014.pdf

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 7 de 139

1. M03-03-P01-Control de constantes vitales

a. Objetivo

Evaluar las funciones esenciales del cuerpo humano, identificando si las constantes vitales de la persona se encuentran dentro de los rangos normales para establecer un diagnóstico, cumplir un tratamiento o intervenir oportunamente, según resultados obtenidos en el control.

b. Alcance

El procedimiento inicia con la preparación del equipo necesario a utilizar y finaliza con la obtención de resultados, la interpretación, reporte y registro oportuno de los datos.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P01-Control de constantes vitales				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante el procedimiento de toma de constantes vitales. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario para toma de constantes vitales.	Utiliza el siguiente equipo y materiales: termómetros excepto de mercurio, estetoscopio, esfigmomanómetro con diferentes tamaños de brazaletes para toma de presión arterial, oxímetro de pulso; frasco con alcohol al 70% y torundas de algodón, lápiz bicolor, bolígrafo; reloj con segunda, expediente clínico para registrar en formatos establecidos, alcohol gel y depósito para desechos. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 1, 2. Expediente clínico electrónico.
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Brinda saludo e identifica a la persona, se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 5.
4		Controla constantes vitales.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca a la persona en posición cómoda, tomando en cuenta condición y estado de salud, factores ambientales y precauciones. - Toma constantes vitales de acuerdo a la necesidad, indicación y diagnóstico de la persona: Control de la temperatura: - Utiliza termómetro digital, asegura que el área donde se va medir la temperatura esté limpia y libre de humedad. - Coloca en forma perpendicular a la frente de la persona a una distancia de entre 3 y 15 cm o mantiene una distancia equivalente al brazo del profesional extendido. - Opera el termómetro para obtener el resultado. - Lee resultados sosteniendo termómetro al nivel de los ojos. - Aplica técnica de acuerdo al fabricante. Pasa a la actividad 5. 	Marco regulatorio: 7.



Procedimiento: M03-03-P01-Control de constantes vitales				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>Control del pulso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Selecciona de acuerdo a la condición física y de salud de la persona (de preferencia controlarlo en la arteria radial). - Toma de pulso según técnica. Anexo 2. Pasa actividad 5. 	Marco regulatorio: 7. Anexo 2. Técnica del control de pulso
			<p>Control de la respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantiene a la persona en reposo físico antes del procedimiento. -Observa los movimientos de inspiración y expiración en el tórax o abdomen de la persona. Anexo 3. - Cuenta las respiraciones durante 1 minuto observando sus características, mientras simula estar concentrado/a en el pulso. Pasa a la actividad 5. 	
			<p>Control de la presión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verifica que la persona no haya realizado ejercicio físico previo de lo contrario, debe reposar durante 3 a 5 minutos antes de la toma. -Evita realizar la toma con cualquier molestia o disconfort como vejiga llena, picor, dolor, posición incómoda, entre otros. -Evita colocar brazaletes en el miembro que tengan fistulas, implante subdérmico, mastectomía o lesiones cutáneas. - Localiza por palpación el pulso de la arteria seleccionada y realiza la toma según técnica. Anexo 4. Pasa a la actividad 5. 	Marco regulatorio: 7. Anexo 4. Técnica de control de presión arterial.
			<p>Control de la frecuencia cardíaca por auscultación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coloca a la persona sentada o en decúbito supino. -Coloca el diafragma del estetoscopio entre el 3º y 4º espacio intercostal, línea para esternal izquierda. -Cuenta los latidos por un minuto. Pasa actividad 5. - Utiliza el oxímetro de pulso según técnica de uso del fabricante, en los establecimientos que cuentan con éste. 	Marco regulatorio: 7.
5		Registra resultados.	<p>Registra e interpreta los resultados obtenidos, después de tomar las constantes vitales.</p> <p>¿Constantes vitales en límites normales?</p> <p>SI: registra en expediente. Pasa a la actividad 6.</p> <p>NO: reporta oportunamente al médico, se realizan intervenciones independientes de enfermería y se registra en expediente clínico/SIS (Hoja de signos vitales, nota de enfermería).</p> <p>Cuando se reporta el pulso fuera de límites normales, informa la frecuencia (número de pulsaciones por minuto), ritmo (regularidad de las pulsaciones que es el lapso entre latidos) y la fuerza del latido (débil o fuerte). Pasa a la actividad 6.</p>	<p>Marco regulatorio: 4, 7, 13.</p> <p>Expediente clínico/SIS.</p>
6		Realiza cuidado posterior del equipo.	<p>Deja limpio, desinfectado y ordenado el equipo según normativa, después de realizada la toma de constantes vitales. Pasa a fin.</p>	Marco regulatorio: 22.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

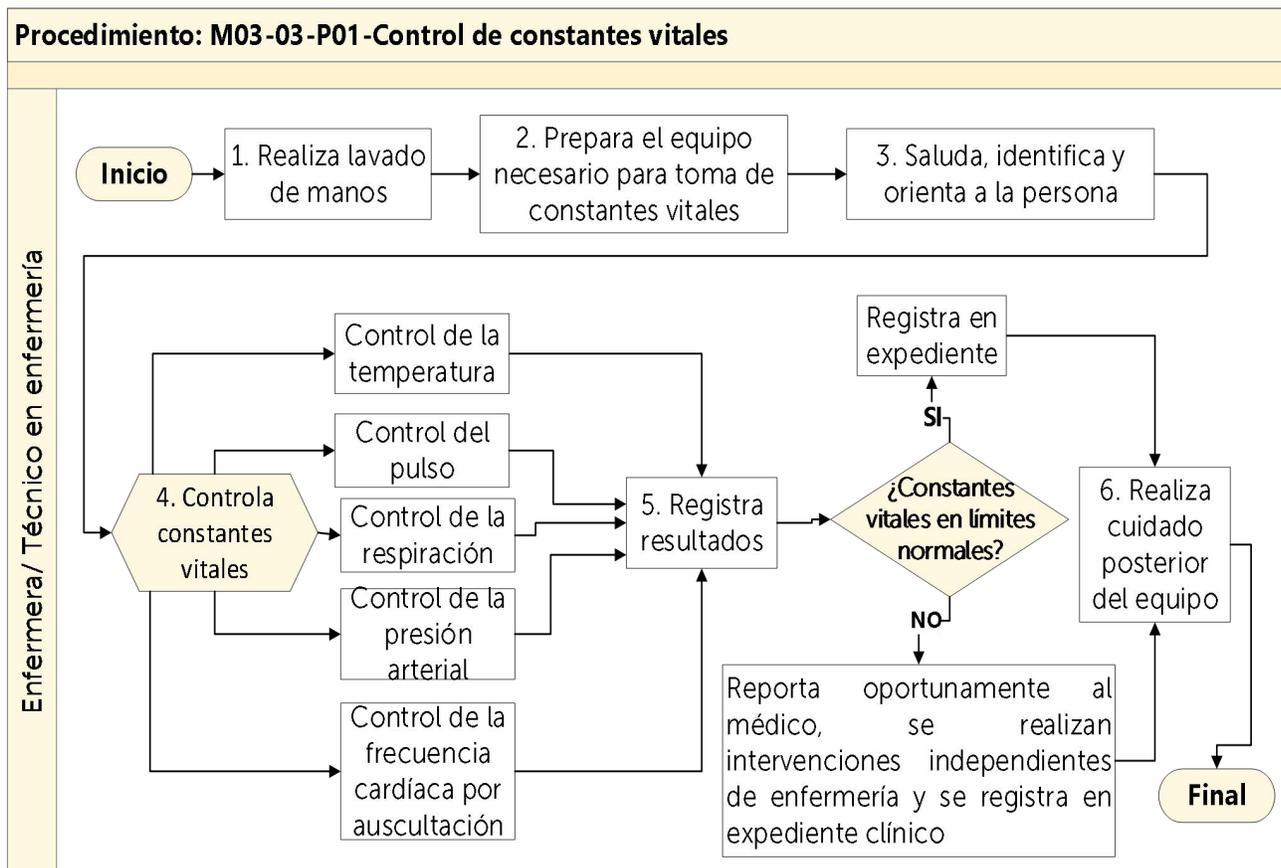


Fig. 1: Diagrama del procedimiento M03-03-P01-Control de constantes vitales.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

2. M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud

a. Objetivo

Contribuir al diagnóstico, tratamiento y seguimiento a una enfermedad de la persona, además de la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño durante las atenciones que se ofrecen en los establecimientos.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos, enfermería realiza el control de peso, talla y longitud a la persona y finaliza con el cuidado posterior del equipo utilizado.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes, relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 10 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera / Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	-Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante el procedimiento de toma de constantes vitales. -Utiliza alcohol gel de una persona a otra, hasta un máximo de 5 personas, no sustituye el lavado de manos. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	-Prepara el equipo para el control de peso, talla y longitud: báscula en buen estado, calibrada, colocando una hoja de papel para aislar la base del equipo por persona. - Verifica que báscula pediátrica se encuentre en buen estado y calibrada, tallímetro pediátrico/adulto. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 7.
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, orienta sobre el procedimiento a realizar y resultados obtenidos. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 5, 7.
4		Controla peso según el curso de vida de la persona.	Controla peso tomando en cuenta el curso de vida. ¿Cuál es la edad de la persona? Persona recién nacida. - Ayuda y orienta a madre o acompañante a colocarla solo con la ropa necesaria y firmemente en la báscula pediátrica. Pasa actividad 5. Niño/a menor de 2 años. - Solicita a madre o acompañante que le retire ropa innecesaria y calzado y, ayuda a colocarla firmemente en el centro de la báscula pediátrica. Anexo 5a. Pasa a la actividad 5. Niño/a mayor de 2 años y el adulto. - Protege la báscula con papel y descartarlo por cada persona. - Observa que la persona no tiene problemas de equilibrio. - Controla peso: Anexo 5b. - Evita pesar con exceso de ropa al niño/a o adulto y con otra persona en el caso de peso en niño/a y luego descartar su peso por estimación, esto puede llevar a errores en los datos y afectar su evaluación. - Registra la lectura de talla o longitud en la escala de centímetros y no en pulgadas. Pasa a la actividad 6.	Marco regulatorio 2, 7, 9. Anexo 5a. Técnica para control de peso en niños menores de 2 años. Anexo 5b. Técnica para control de peso en niños mayores de 2 años y en el adulto.
5		Mide la Longitud de la persona.	En un niño/a menor de 2 años: - Aplica técnica de control de longitud en menor de 2 años. Anexo 6a. - Coloca el tallímetro o infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme. - Verifica que el niño(a) está sin zapatos y que en la cabeza no tenga gorra, moños, vinchas entre otros. Anexo 6a. Pasa a la actividad 7.	Marco regulatorio 7, 9. Anexo 6a. Técnica para control de longitud en niños menores de 2 años.
6		Mide talla en la niña/o mayor de 2 años hasta la adultez.	- Coloca el tallímetro en la posición correcta, vertical, en una superficie plana y firme. - Verifica que la persona está sin calzado y que en la cabeza no tenga gorra, moños, vinchas entre otros.	Marco regulatorio: 7, 9. Anexo 6b. Técnica para

Procedimiento: M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			- Aplica técnica de control de talla en persona mayor de 2 años hasta la adultez mayor. Anexo 6b. Pasa actividad 7.	control de talla en niños mayores de 2 años.
7		Registra resultados e intervenciones realizadas.	Registra los resultados y las intervenciones realizadas, luego de controlar peso, talla y longitud. Pasa a la actividad 8.	Marco regulatorio: 4, 13. Expediente clínico/SIS.
8		Realiza cuidado posterior del equipo.	Realiza cuidado del equipo al finalizar procedimiento. Pasa a fin.	Marco regulatorio 1, 3, 7, 22.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

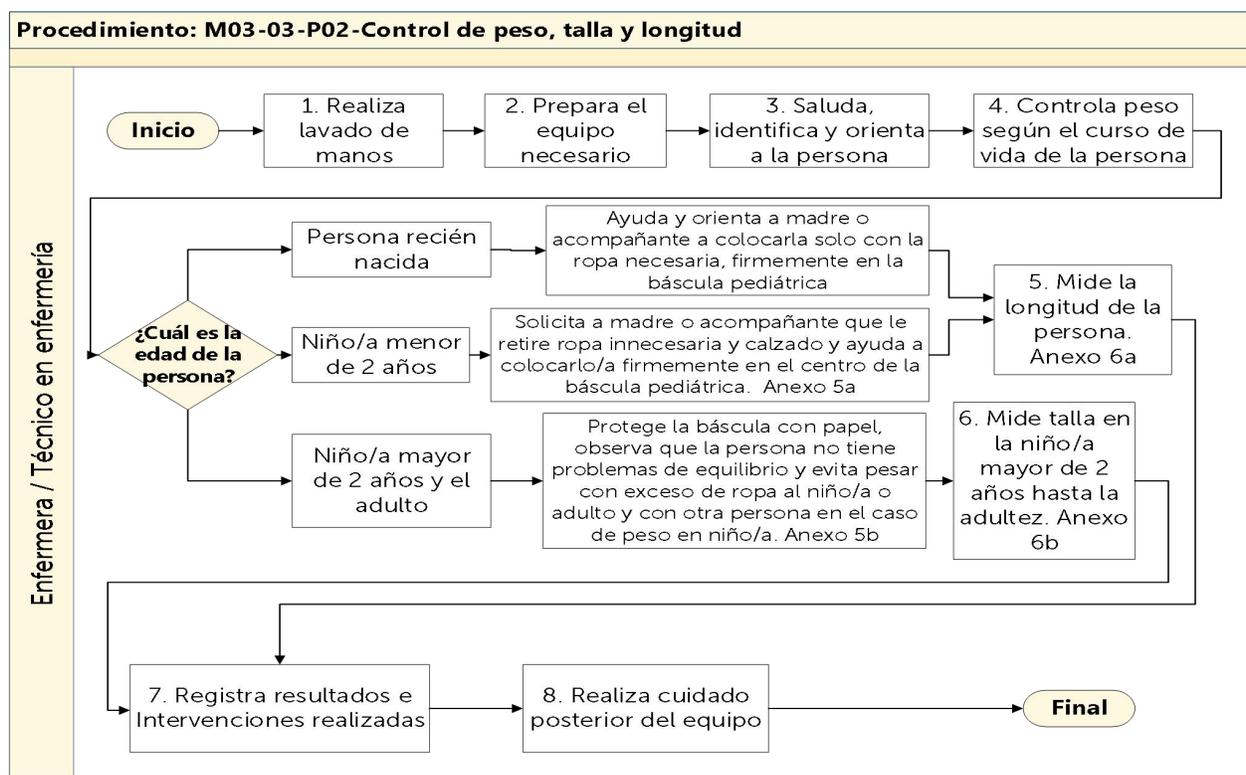


Figura: 2: Diagrama del procedimiento M03-03-P02-Control de peso, talla y longitud.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 12 de 139

3. M03-03-P03-Arreglo de unidad: cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica

a. Objetivos

Ofrecer comodidad, seguridad y bienestar a la persona durante su recuperación, proporcionando un ambiente seguro, limpio y confortable.

b. Alcance

El procedimiento inicia con la preparación del equipo necesario a utilizar, arreglo de la unidad y finaliza dejando la cama vestida lista para ser utilizada por la persona.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P03-Arreglo de unidad: cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería/ Ayudante de enfermería (si existiera).	Verifica que la unidad este limpia y desinfectada.	Verifica que el personal de limpieza haya realizado la limpieza y desinfección de la unidad. Pasa actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2, 5.
2		Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 3.	
3		Arregla la unidad a ocupar por la persona.	Aplica técnica de acuerdo a la persona que ocupara la unidad. ¿Qué tipo de arreglo de unidad realizará? - Cama abierta. - Cama con persona. - Cama posquirúrgica. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 1, 2, 5.
4		Prepara el equipo para el tendido de la cama.	Utiliza equipo de acuerdo al tipo de cama a arreglar: - Cama abierta y con persona. Anexo 7. Dos sábanas grandes o estándar, una sábana clínica y ahulado (persona con dificultad para moverse), frazada, almohada con funda, bata o pijama para persona, paño húmedo para desinfección de la unidad con solución desinfectante disponible en el establecimiento, bolsa para desperdicio, carro tánico para ropa sucia. - Cama posquirúrgica (cerrada). Anexo 8. Dos sábanas grandes o estándar, una sábana clínica (persona con dificultad para moverse), frazada, sábana para colocar en abanico a la cabecera de la persona. Utiliza en todos los arreglos el equipo de protección personal. Según condición epidemiológica usar: gabachón, guantes, gafas, gorro, mascarilla descartable. Pasa a la actividad 5.	Anexo 7: Técnica de cama abierta y con persona. Anexo 8: Técnica de cama posquirúrgica (cerrada).

Procedimiento: M03-03-P03-Arreglo de unidad: cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
5	Enfermera/ Técnico en enfermería/ Ayudante de enfermería (si existiera).	Ordena ropa a utilizar.	Coloca ropa a utilizar en el orden en que se usará, de acuerdo al tipo de arreglo de unidad a realizar. Pasa a la actividad 6.	
6		Realiza el tendido de cama.	Aplica técnicas de arreglo de unidad: - Cama abierta y con persona. Anexo 7. - Cama posquirúrgica. Anexo 8. Pasa a la actividad 7.	Marco regulatorio: 1, 2, 5. Anexo 7. Técnica de cama abierta y con persona. Anexo 8. Técnica de cama posquirúrgica
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	Deja limpio y ordenado el quipo utilizado después que realiza el arreglo de cama. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 22.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

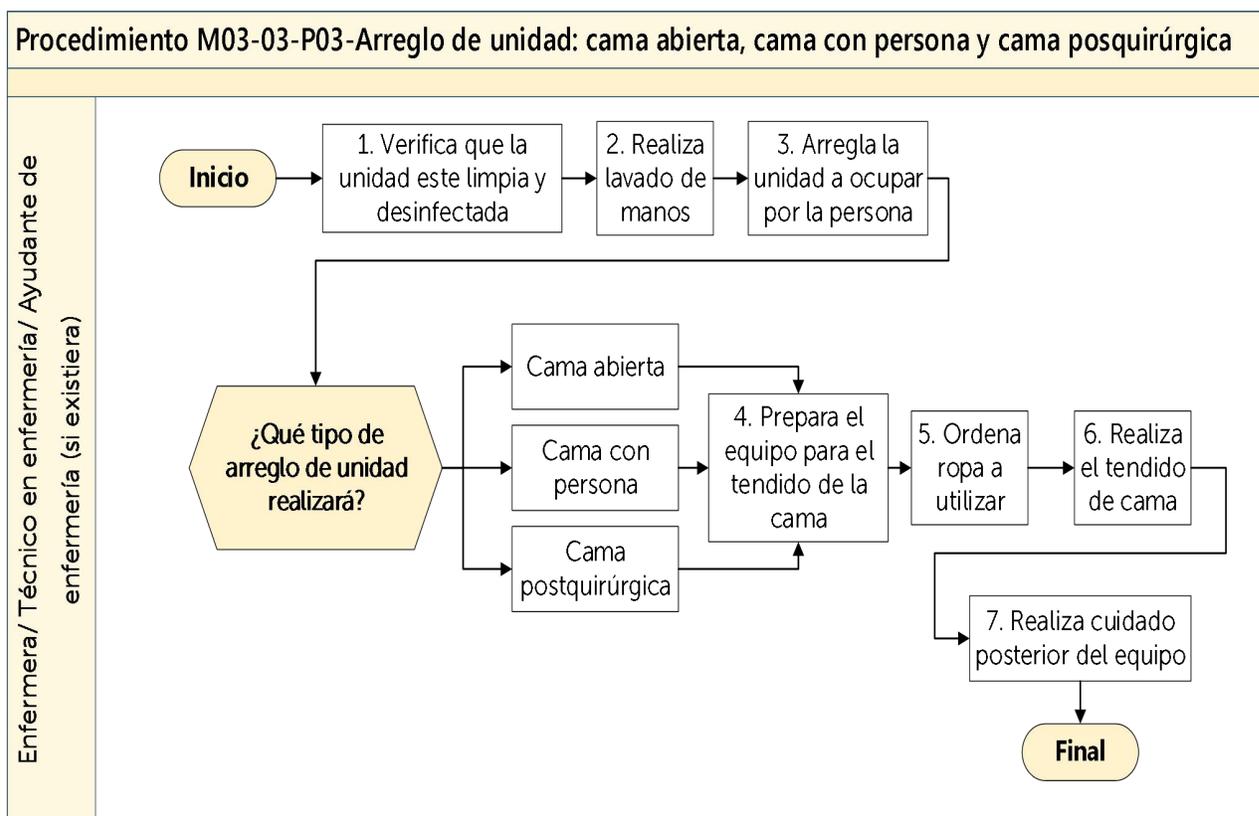


Figura 3: Diagrama del procedimiento M03-03-P03-Arreglo de unidad: cama abierta, cama con persona y cama posquirúrgica.

Fuente: Comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 14 de 139

4. M03-03-P04-Alimentación asistida

a. Objetivo

Administrar la dieta indicada a la persona, realizando los cuidados de enfermería necesarios según sus necesidades y situación de salud durante la ingesta, previniendo o disminuyendo al mínimo los factores de riesgo que puedan presentarse durante la alimentación asistida.

b. Alcance

Da inicio con el lavado de manos antes de iniciar el procedimiento, realiza el procedimiento de alimentación y finaliza con el registro de las actividades desarrolladas e intervenciones cumplidas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P04-Alimentación asistida				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la Actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Identifica la dieta prescrita.	Verifica que la dieta se encuentre prescrita en el expediente de la persona y que esta no sea alérgica a algunos de los componentes de la dieta. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 10, 11, 12. Expediente clínico.
3		Prepara el equipo necesario.	Dispone de equipo de higiene manos, mesa auxiliar, bandeja de dieta indicada, vaso, pajilla, campo clínico o babero, cubiertos, jeringa de buyón, bomba de alimentación enteral, bolsa de nutrición enteral, guantes limpios, vaso con agua, atril y otros según corresponda. Pasa actividad 4.	Marco regulatorio: 2.
4		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 5.
5		Proporciona alimentación asistida.	Se cerciora de la vía de alimentación a utilizar, antes de iniciar la alimentación. ¿Qué vía utiliza para proporcionar la alimentación? - Alimentación oral asistida. Pasa a la actividad 6. - Alimentación enteral. Pasa a la actividad 7.	Marco regulatorio: 10, 11, 12.



Procedimiento: M03-03-P04-Alimentación asistida

N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la Actividad	Registro y normativa a utilizar
6		Proporciona alimentación oral asistida.	<ul style="list-style-type: none"> - Ubica a la persona en posición fowler y coloca babero o servilleta, acerca mesa con dieta indicada. - Proporciona dieta asistida, indicada, adecuándose al tipo de persona (Pediátrico, adulto o geriátrico). <p>¿Presenta dificultad para la ingestión de la dieta? NO: Retira mesa de alimentación y deja a la persona limpia y cómoda. Pasa actividad 10. SI: Suspende y reporta oportunamente al médico tratante para su evaluación y toma de decisión; cumple indicación médica y registra en expediente clínico. Pasa a fin.</p>	<p>Marco regulatorio: 10, 11, 12.</p> <p>Expediente clínico.</p>
7		Proporciona alimentación enteral.	<p>¿Qué tipo de alimentación enteral administra?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naso enteral. Pasa a la actividad 8. - Gastrostomía o yeyunostomía. Pasa actividad 9. 	<p>Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13.</p>
8		Proporciona alimentación naso enteral.	<p>Brinda la alimentación vía Naso enteral.</p> <p>¿Qué técnica de administración usa?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por jeringa. Ver técnica en anexo 9. - Por gavaje gástrico. Ver técnica en anexo 10. - Por bomba de alimentación enteral. Ver técnica en anexo 11. Pasa a la actividad 10. 	<p>Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13.</p> <p>Anexo 9. Técnica de administración de alimentación naso enteral por jeringa.</p> <p>Anexo 10. Técnica de administración de alimentación naso enteral por gavaje gástrico.</p> <p>Anexo 11. Técnica de administración de alimentación naso enteral por bomba de alimentación enteral.</p> <p>Expediente clínico.</p>
9		Proporciona alimentación por gastrostomía o yeyunostomía.	<p>De acuerdo a la vía de administración será la técnica a aplicar, ya sea gastrostomía o yeyunostomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastrostomía: Ver técnica en anexo 12. - Yeyunostomía: Ver técnica en anexo 13. <p>Pasa a la actividad 10.</p>	<p>Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13.</p> <p>Anexo 12. Técnica de alimentación por gastrostomía.</p> <p>Anexo 13. Técnica de alimentación por yeyunostomía.</p> <p>Expediente clínico.</p>
10	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Registra actividades desarrolladas y reporte oportuno de anomalías.	<p>Registra todas las actividades cumplidas y observa si presenta alguna anomalía o dificultad, reportando oportunamente.</p> <p>¿Persona presenta alguna anomalía durante el procedimiento? SI: reporta oportunamente al médico, cumple indicaciones y registra en expediente. Pasa a fin. NO: registra en expediente lo realizado. Pasa a</p>	<p>Marco regulatorio: 4, 5.</p> <p>Expediente clínico/SIS.</p>

Procedimiento: M03-03-P04-Alimentación asistida				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la Actividad	Registro y normativa a utilizar
			fin.	
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

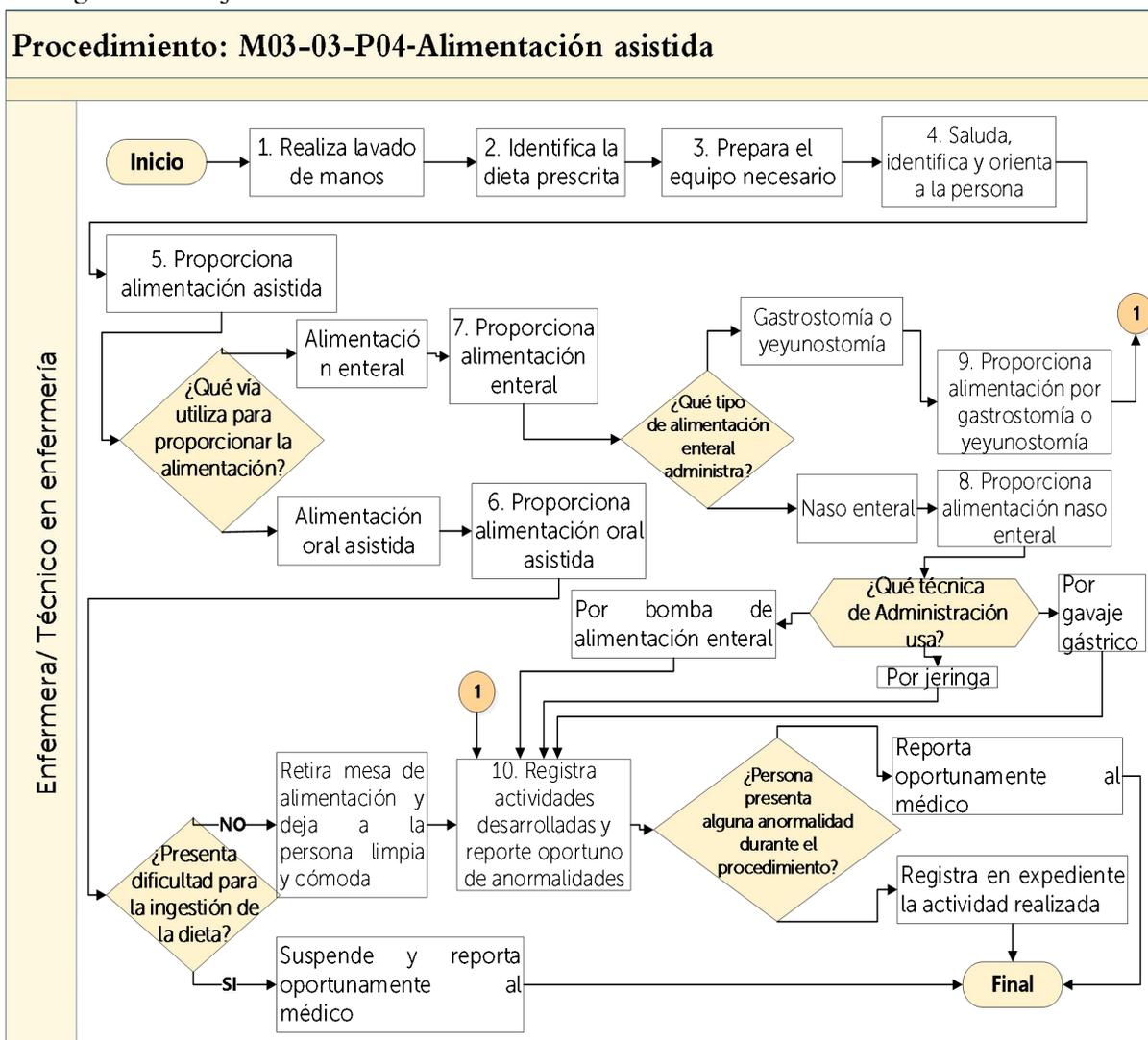


Figura 4: Diagrama del procedimiento M03-03-P04-Alimentación asistida.

Fuente: Comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 17 de 139

5. M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal

a. Objetivo

Facilitar la eliminación urinaria e intestinal a personas con problemas de movilidad y que no pueden hacer uso por sí mismos del servicio sanitario.

b. Alcance

El procedimiento inicia desde que el personal que aplicará el procedimiento se lava las manos antes de ejecutarlo y finaliza con el registro oportuno de las actividades desarrolladas e información relevante encontrada.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería/ Ayudante de enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara los materiales y equipo, el cual debe contener: guantes limpios, papel higiénico, jabón, toallas húmedas, orinal, pato, recipiente graduado, biombo. Pasa actividad 3.	
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 5.
4		Valora la condición de la persona.	Evalúa la condición de salud que presenta la persona. ¿La persona es dependiente o independiente? Dependiente: Pasa a la actividad 5. Independiente: Continúa con el procedimiento. Pasa a actividad 6.	Marco regulatorio: 10, 11.
5	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Asiste a persona dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca biombo para preservar la intimidad de la persona. - Coloca guantes y selecciona el pato u orinal a utilizar para la persona. - Coloca la cama de la persona en posición horizontal - Retira el pañal de tela/desechable. - Ayuda a la persona para que se coloque en posición decúbito lateral, coloca el pato bajo los glúteos. - Gira a la persona sobre su espalda con el pato firmemente colocado en los glúteos. - Comprueba que el pato está centrado bajo la 	Marco regulatorio: 10, 11.



Procedimiento: M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleva la cabecera para su comodidad si no está contraindicado. - Realiza limpieza de genitales y glúteos. - Retira el pato u orinal al finalizar la micción o defecación. - Solicita al responsable de limpieza el descarte de heces y orina en el lugar adecuado y el traslado del pato u orinal al séptico para su limpieza. - Retira guantes. Pasa a actividad 7. 	
6	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Asiste a persona independiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca biombo para preservar la intimidad. - Coloca guantes y selecciona el orinal o pato a utilizar, según la necesidad fisiológica que presente en caso de hombres y pato para mujeres independientemente. Pone el orinal entremedio de las piernas cuando solo desee miccionar. Si desea defecar utilizará la técnica de colocación de pato al igual que en la mujer. - Sitúa el pato debajo de los glúteos, orientando que flexione las piernas y realice elevación de las caderas. - Facilita el papel higiénico o asiste en la limpieza a la persona de ser necesario. - Retira el pato u orinal al finalizar la micción o defecación. - Solicita al responsable de limpieza el descarte de heces y orina en el lugar adecuado y el traslado del pato u orinal al séptico para su limpieza. - Retira guantes y realiza lavado de manos. - Proporciona material para realizar higiene de manos. - Deja a la persona limpia y cómoda. Pasa a actividad 7. 	Marco regulatorio: 10, 11.
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> - Deja limpio y ordenado el equipo. - Retira biombo. Pasa a la actividad 8. 	Marco regulatorio: 2, 22.
8	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Registra y reporta datos sobre procedimientos e intervenciones realizadas.	<p>Registra procedimiento e informa estado general de la persona.</p> <p>¿La persona presenta alguna anomalía durante el procedimiento?</p> <p>SI: reporta oportunamente al médico y registra en expediente. Pasa a fin.</p> <p>NO: registra intervenciones realizadas en expediente. Pasa a fin.</p>	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

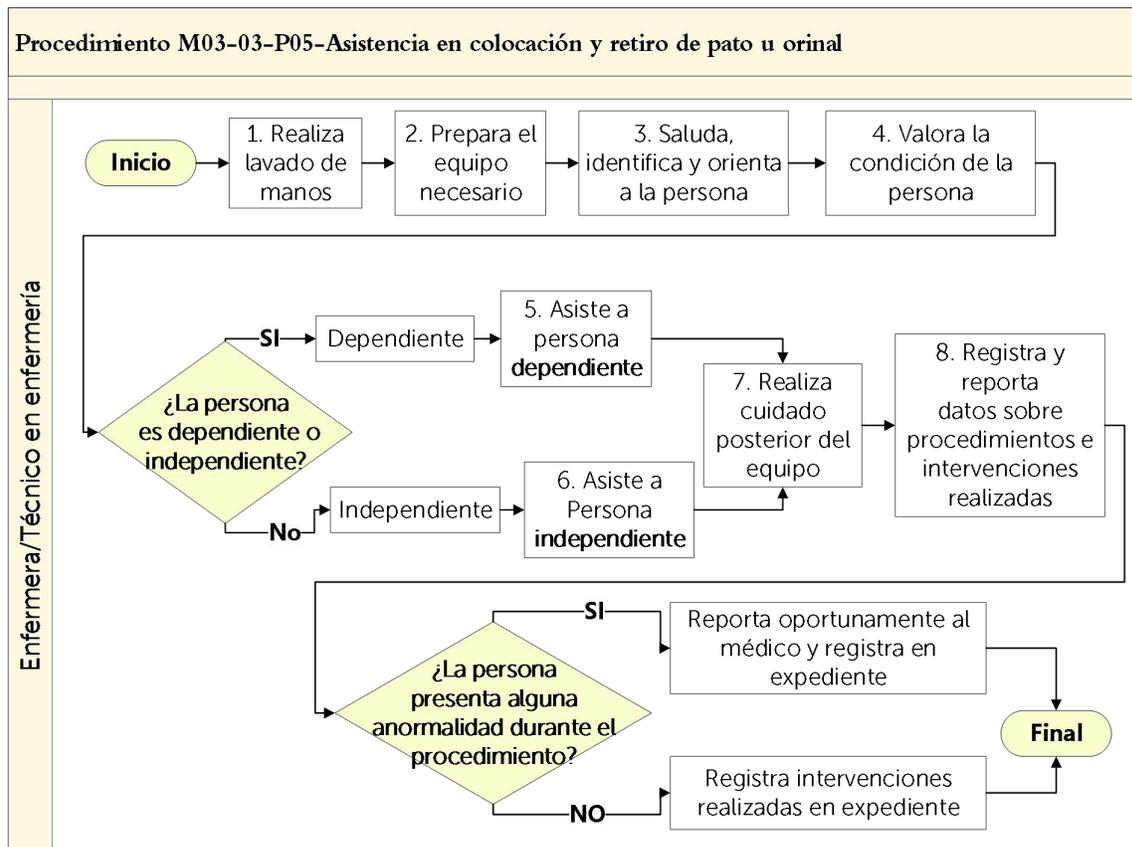


Figura 5: Diagrama del procedimiento M03-03-P05-Asistencia en colocación y retiro de pato u orinal.
Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

6. M03-03-P06-Colocación de vendaje

a. Objetivo

Contribuir con el tratamiento médico y terapéutico de la persona mediante la aplicación de diferentes tipos de vendaje de acuerdo a la necesidad, favoreciendo con esto una pronta recuperación y mantenimiento de la salud.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos, aplicación del vendaje en el lugar necesario y finalizando con el registro de la intervención realizada durante el procedimiento.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 20 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P06-Colocación de vendaje				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara el área y el equipo para la colocación del vendaje. - Vendas: venda elástica y de gasa de diferentes medidas, venda estoquinete de diferentes medidas. - Esparadrapo. - Guantes limpios. - Depósito para el sucio y bioinfeccioso. - Tijera. Pasa a la actividad 3.	
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Identifica a la persona para realizar procedimiento. Saluda y se presenta por su nombre y cargo. Orienta sobre la colocación del tipo de vendaje a realizar y la importancia. ¿Qué tipo de vendaje necesita aplicar? - Vendaje circular. Pasa a la actividad 4. - Vendaje espiral. Pasa a la actividad 5. - Vendaje en ocho. Pasa a la actividad 6. - Vendaje recurrente. Pasa a la actividad 7. - Vendaje cabestrillo. Pasa a la actividad 8. Existen otros tipos de vendaje que según el diagnóstico son indicados en la terapéutica de la persona.	Marco regulatorio: 5.
4		Coloca vendaje circular.	Identifica área corporal afectada, coloca la venda sobre el área tomando en cuenta que cada vuelta que se aplica recae sobre la vuelta anterior por lo que, el ancho del vendaje es el ancho de la vuelta, de esa forma solamente cubre la zona correspondiente de la venda. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 5, 21.
5		Coloca vendaje espiral.	Identifica área corporal afectada, realiza cada vuelta cubriendo las dos terceras partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando. Inicia en la parte distal, avanzando a medida que se venda hacia la más proximal. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 5, 21.
6		Coloca vendaje en ocho.	Identifica área corporal afectada. La venda se asegura primero con un vendaje circular, para continuar ascendiendo mediante varias vueltas espirales por debajo de la articulación. Da una vuelta por encima y otra por debajo de toda la articulación en forma alternante, hasta que quede cubierta por completo; formando una figura en ocho. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 5, 21.



Procedimiento: M03-03-P06-Colocación de vendaje				
N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
7	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Coloca vendaje recurrente.	Identifica área corporal afectada. Asegura primero la venda con dos vueltas en círculo. Luego lleva el rollo de venda hacia el extremo donde está la lesión, se gira para que quede perpendicular a las vueltas circulares y se pasa de atrás hacia adelante y a la inversa, de forma que cada vuelta cubra un poco a la anterior, hasta que la zona quede totalmente cubierta. Fija por medio de dos vueltas circulares sobre las dos iniciales. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 5, 21.
8		Coloca vendaje cabestrillo.	Identifica área corporal afectada. Coloca el antebrazo de la persona ligeramente oblicua, quedando la mano más alta que el codo, se sitúa atrás de la persona y coloca la venda triangular extendida o estoquinete (según disponibilidad), lleva el extremo inferior de la venda hacia el hombro del brazo lesionado, sujeta los dos extremos de la venda con un nudo hacia un lado del cuello del lado contrario, nunca sobre los huesos de la columna vertebral, deja los dedos descubiertos para controlar el color de los dedos. Pasa actividad 9.	Marco regulatorio: 5, 21.
9		Registra intervenciones realizadas, anormalidades observadas y reportadas.	Al finalizar el procedimiento de colocación del vendaje se registran todas las actividades cumplidas, anormalidades identificadas, intervenidas y reportadas oportunamente a médico tratante. Pasa a la actividad 10.	Marco regulatorio: 4.
10		Deja limpia, ordenada el área y el equipo.	Desecha material según clasificación de desechos sólidos. Limpia y ordena el área y equipo utilizado. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 2, 22.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

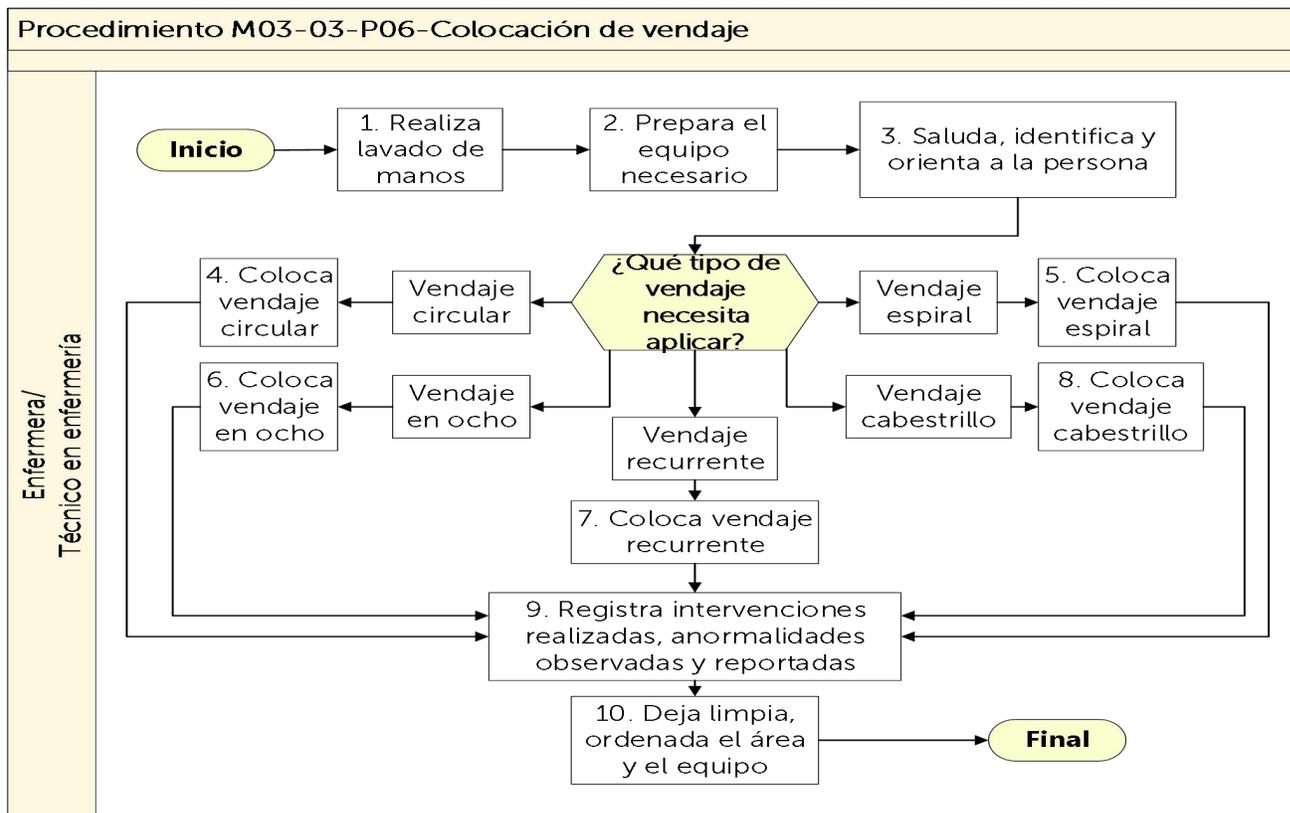


Figura 6: Diagrama del procedimiento M03-03-P06-Colocación de vendaje.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

7. M03-03-P07-Post mortem

a. Objetivo

Preparar físicamente a la persona fallecida, respetando durante el procedimiento su dignidad e integridad y previniendo riesgos de enfermedades infecto contagiosas a la salud de los familiares y trabajadores del establecimiento.

b. Alcance

Inicia con la verificación de la certificación médica del fallecimiento de la persona y finaliza con la verificación de la limpieza de la unidad que utilizó el fallecido.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 23 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P07- <i>Post mortem</i>				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera / Técnico en enfermería.	Verifica la certificación médica del fallecimiento de la persona.	Verifica por escrito que el médico haya certificado la muerte y corrobora la identificación del cadáver. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio 5, 14, 15, 19, 20. Expediente clínico.
2		Permite el ingreso de familiares al fallecer la persona.	¿La condición y el diagnóstico de la persona fallecida permite acercamiento del familiar? SI: Permite el acercamiento del familiar. Pasa a la actividad 3. NO: Explica, da apoyo emocional y espiritual; coordina con médico tratante y profesional afín. Pasa actividad 3.	Marco regulatorio: 2, 5.
3		Prepara el equipo necesario para realizar el <i>post mortem</i> .	Previo lavado de manos, prepara el equipo para realizar el <i>post mortem</i> : equipo de protección personal según diagnóstico, jeringas de 10ml y de 20ml, algodón, pinzas, sabana grande; bolsa mortuoria, venda de gasa, apósitos limpios esparadrappo; tijeras, baja lengua, biombo; pañal desechable, paños limpios y agua limpia, recipiente para material cortopunzante, bioinfeccioso y común. Pasa actividad 4.	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 5, 14, 15, 19, 20.
4		Realiza lavado de manos y coloca guantes limpios.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención con el cadáver. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 1, 2.
5		Coloca equipo de protección personal.	Coloca equipo de protección personal (gorro, mascarilla, gabachón, guantes limpios y gafas según diagnóstico médico). Pasa a la actividad 6.	Marco regulatorio: 1, 2.
6		Realiza <i>post mortem</i> .	Efectúa el <i>post mortem</i> : - Aísla el cadáver con biombo o cortina si comparte habitación. - Retira la ropa y material clínico como catéteres, sondas y otros dispositivos invasivos. - Coloca a la persona fallecida en posición supina, alineado y con las piernas extendidas. - Realiza cuidados higiénicos según necesidad. - Realiza taponamiento con ayuda de pinzas de los orificios, cierra ojos, coloca prótesis dental si las tiene y si es necesario sujeta mandíbula con venda de gasa.	Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 14, 15, 19, 20.



Procedimiento: M03-03-P07-Post mortem				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera / Técnico en enfermería.		<ul style="list-style-type: none"> - Coloca pañal desechable. - Cubre con sábanas e introduce en bolsa mortuoria. - Coloca ficha de identificación sobre la bolsa mortuoria a nivel del pecho del cadáver y verifica si tiene colocado brazaletes de identificación. <p>La persona fallecida ¿Tiene diagnóstico de enfermedad infecto contagiosa? Si: La ropa hospitalaria utilizada se debe colocar en bolsa roja, debidamente identificada para el correcto tratamiento de lavandería según normativa vigente. Pasa a la actividad 7. No: continúa con las actividades del procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retira las pertenencias de la persona fallecida, cumple con el cuidado de estos y entrega a la familia. - Coordina el traslado del cadáver a la morgue. - Realiza proceso de egreso y coordina con ESDOMED. Pasa a la actividad 7. 	
7		Registra datos del procedimiento.	Realiza nota de enfermería. Registra en expediente, envía cadáver a morgue según norma institucional. Pasa a la actividad 8.	Marco regulatorio: 4, 14, 15, 19, 20. Expediente clínico.
8		Efectúa desinfección de equipos utilizados.	Realiza cambio de guantes limpios, realiza desinfección de los equipos y descarta el material bioinfeccioso utilizado. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 1, 2, 3.
9		Verifica limpieza del área.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicita a ayudante de servicio la limpieza y desinfección de la unidad. - Verifica cumplimiento de la limpieza de la unidad y del entorno donde se atendió a la persona, y realiza limpieza y ordenamiento de los equipos utilizados en el cuidado prestado. - Cumple lineamiento establecido para el control de infecciones. Pasa a fin. 	Marco regulatorio 1, 2, 3, 22.
Fin del procedimiento				



MINISTERIO
DE SALUD

M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 25 de 139

e. Diagrama de flujo

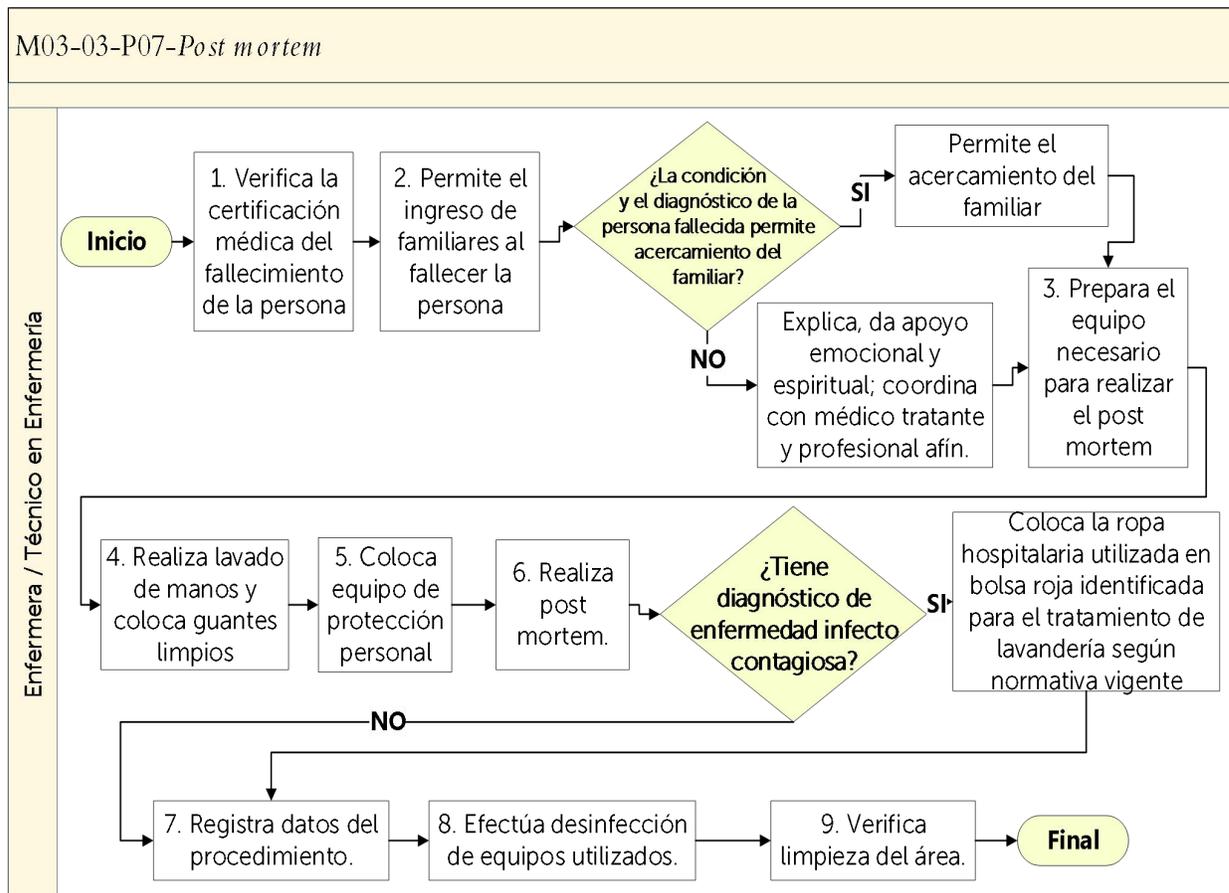


Figura 7: Diagrama del procedimiento M03-03-P07-Post mortem.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 27 de 139

Procedimientos para la atención de enfermería en la seguridad de la persona

Marco regulatorio para todos los procedimientos de este subproceso.

La normativa necesaria para el cumplimiento de todos los procedimientos descritos, está detallada en el marco regulatorio vigente relacionado a la atención de enfermería para la seguridad de la persona, descrito a continuación. Estos se detallan según numeración en la casilla de "Registro y normativa a utilizar" del cuadro descriptivo.

MARCO NORMATIVO	
1.	Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamiento_Bioseguridad.pdf
2.	Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la infección sanitaria. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontrolde lasinfeccionesasociadasalaatencionensaludIAAS-Acuerdo-2933.pdf
3.	Lineamientos técnicos para la descontaminación de material médico quirúrgico en los establecimientos de las RIIS.
4.	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_material_quirurgico_riiss.pdf
5.	Lineamientos Notas de Enfermería. http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf
6.	Manual de procesos y procedimientos quirúrgicos seguros. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosquirurgicosseguros-Acuerdo-1404_v1.pdf
7.	Manual para la evaluación del personal de salud en los centros regionales de capacitación en competencias obstétricas y neonatales, 2008. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_competencias_obstetricas.pdf
8.	Lineamientos técnicos de procedimientos y técnicas quirúrgicas en obstetricia.
9.	http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_procedimientos_tecnicas_quirurgicas_obstetriciav1.pdf
10.	Lineamientos técnicos para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosaplicacionprocesoatencionenfermeriariisv1.pdf
11.	Ley de deberes y derechos de personas y prestadores de servicios de salud. https://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/regulacion/ley_derecho_personas.pdf
12.	Guías clínicas para la atención hospitalaria del neonato P.I. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_hospitalaria_neonato_part1.pdf
13.	Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/leynacerconcarinoparaunpartorespetadoyuncuidadocarinosoysensibelparaelreciennacido-Decreto-123_v1.pdf
14.	Reglamento de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/reglamentodelaleynacerconcarinoparaunpartorespetadoyuncuidadocarinosoysensibelparaelreciennacido-Decreto-3_v1.pdf
15.	Protocolos de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención (Ley Nacer con Cariño). http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/protocolosdeasistenciaparalosperiodospreconcepcionalprenatalpartopuerperioalpersonareciennacidaylactanciamaternaensituaciondebajoriesgoenPrimerNiveldeAtencion-Acuerdo-1175_v1.pdf
16.	Manual de procedimientos de enfermería. Tomo I. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p1.pdf
17.	Manual organizativo y de funcionamiento de la central de esterilización hospitalaria. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_funciona_central_esteril_p1.pdf
18.	Manual general de descripción de puestos de trabajo Tomo III (puestos de trabajo del área técnico-profesional en servicios de salud).

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 28 de 139

MARCO NORMATIVO

19. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_general_descripcion_puestos_14052014_tomoll.pdf
Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con COVID-19 (Tercera Edición).
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionintegraldepersonasconcovid19-TE-Acuerdo-1986_v6.pdf
20. Manual de procesos y procedimientos de atenciones de salud integrales ambulatorias de baja complejidad.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatencionesdesaludintegraleambulatoriasdebajacomplejidad-Acuerdo-515_v1.pdf
21. Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatencionesdesaludintegralehospitalizacion-Acuerdo-660_v1.pdf
22. Manual de procesos y procedimientos para proporcionar atenciones de salud integrales en emergencias.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosparaproporcionaratencionesdesaludintegraleenemergencias-Acuerdo-2939_v1.pdf
23. Manual para Facilitadoras/es de Enfermería de la RIIS en Salud Sexual y Reproductiva.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_facilitadores_riiss_salud_sexual.pdf
24. Guía para la gestión de los desechos sólidos con disposición final en celdas de seguridad.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_desechos_solidos_d_final_celdas_segurid.pdf
25. Lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado de Salud.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosp ara elSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf>
24. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnicateatencionintegralensaludalapersonaadultamayor.pdf>
26. Lineamientos técnicos para la supervisión de enfermería en las RIIS.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_supervision_enfermeria_riiss_3101_2014.pdf
25. Lineamientos técnicos para la atención en terapia respiratoria de personas con COVID-19.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_terapia_respiratoria_personas_covid19_v1.pdf
26. Programa de seguridad del paciente hospitalizado ante el riesgo de caída en el departamento de medicina interna del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
<https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2022/02/3-RIMP-2017-HNSA-2017-CAIDAS.pdf>
27. Proyecto de intervención de enfermería dirigido a los pacientes con disminución de la movilidad y alto riesgo de presentar úlceras por presión, ingresados en las unidades de hospitalización de medicina interna y cirugía mujeres en el Hospital Nacional Zacamil, período de octubre 2020 – octubre 2021.
<https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2022/09/9-RIMP-2022-TRABAJO-FINAL-PREVENCION-UPP-HNZ.pdf>
28. Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS,
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 29 de 139

1. M03-03-P08-Identificación de la persona

a. Objetivo

Identificar correctamente a la persona desde el momento que ingresa a las áreas hospitalarias, previniendo con esto la ocurrencia de errores en la atención, desarrollo de procedimientos no indicados y toma de muestras incorrectas en el laboratorio, generando eventos adversos.

b. Alcance

Inicia con la indicación de ingreso de la persona, colocando el brazalete y finaliza al indicarle el alta donde se le retira para que pueda marcharse de las instalaciones hospitalarias.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P08-Identificación de la persona				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara brazalete de identificación del ingreso de la persona al área hospitalaria asignada.	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica al ingreso que el expediente lleve registrado los datos de identificación obligatorios: nombres y apellidos completos, sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia habitual; confrontándolo con el documento de identificación personal. - Toma brazalete, el cual debe ser de material hipoalérgico, flexible, duradero, impermeable y con sello inviolable. - Realiza llenado escribiendo con letra de molde legible, según apartados solicitados o impreso según la existencia de equipo. - Emite brazalete con código alfanumérico el cual consta de fecha de llegada, hora de ingreso siempre y cuando la persona no puede ser identificado por no disponer de documentación o por ser incapaz de responder (inconsciente, obnubilado, entre otros). Pasa a la actividad 3. 	Marco normativo: 9, 19.



Procedimiento: M03-03-P08-Identificación de la persona

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
3		Orienta a la persona sobre uso de brazaletes.	<p>Informa el motivo, por el cual se identifica, cuando el estado de la persona lo permita e indica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que mientras dura la atención hospitalaria debe permanecer con el brazaletes durante todo el tiempo. - Debe cuidarlo y si por algún motivo se pierde o daña debe informar al personal de salud para colocarle uno nuevo. Pasa a la actividad 4. 	Marco normativo: 9, 19.
4		Coloca brazaletes de identificación.	<p>¿Es emergencia o está en riesgo la vida de la persona?</p> <p>SI: Prioriza los cuidados antes que la identificación de la persona y cuando se ha estabilizado coloca el brazaletes según factores personales identificados. Pasa actividad 5.</p> <p>NO: Selecciona área para colocar brazaletes, según factores personales identificados.</p> <p>Factores a tomar en cuenta: tratamiento dermatológico, múltiples accesos venosos, áreas quemadas, amputados, entre otros.</p> <p>Como primer escoge la muñeca derecha, si no se puede, será en el siguiente orden: muñeca izquierda, tobillo derecho y tobillo izquierdo. Sino es factible por el estado de la persona colocarlo en la muñeca, se coloca rotulo con identificación en la cabecera de la unidad asignada.</p>	Marco normativo 9, 19, 20, 23.
	Enfermera/ Técnico en enfermería.		<p>¿Es una persona adulta o pediátrica?</p> <p>Adulta: Envía a admisión de datos, llena el brazaletes o realiza impresión según recursos hospitalarios y lo coloca. Pasa a la actividad 5.</p> <p>Pediátrica: ¿Nació en el hospital?</p> <p>SI: Llena brazaletes en sala de partos, verifica los datos de la madre y coloca brazaletes a la persona recién nacida con la siguiente identificación: nombre de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo. Pasa a la actividad 5.</p> <p>NO: Envía a padres o responsable a admisión de datos, llena el brazaletes o realiza impresión según recursos hospitalarios y coloca el brazaletes. Pasa a la actividad 5.</p>	Marco normativo 13, 19, 20, 24.
5		Registra la identificación realizada a la persona.	Registra la colocación del brazaletes a la persona como parte de la identificación al ingreso. Pasa a fin.	Marco normativo: 19.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

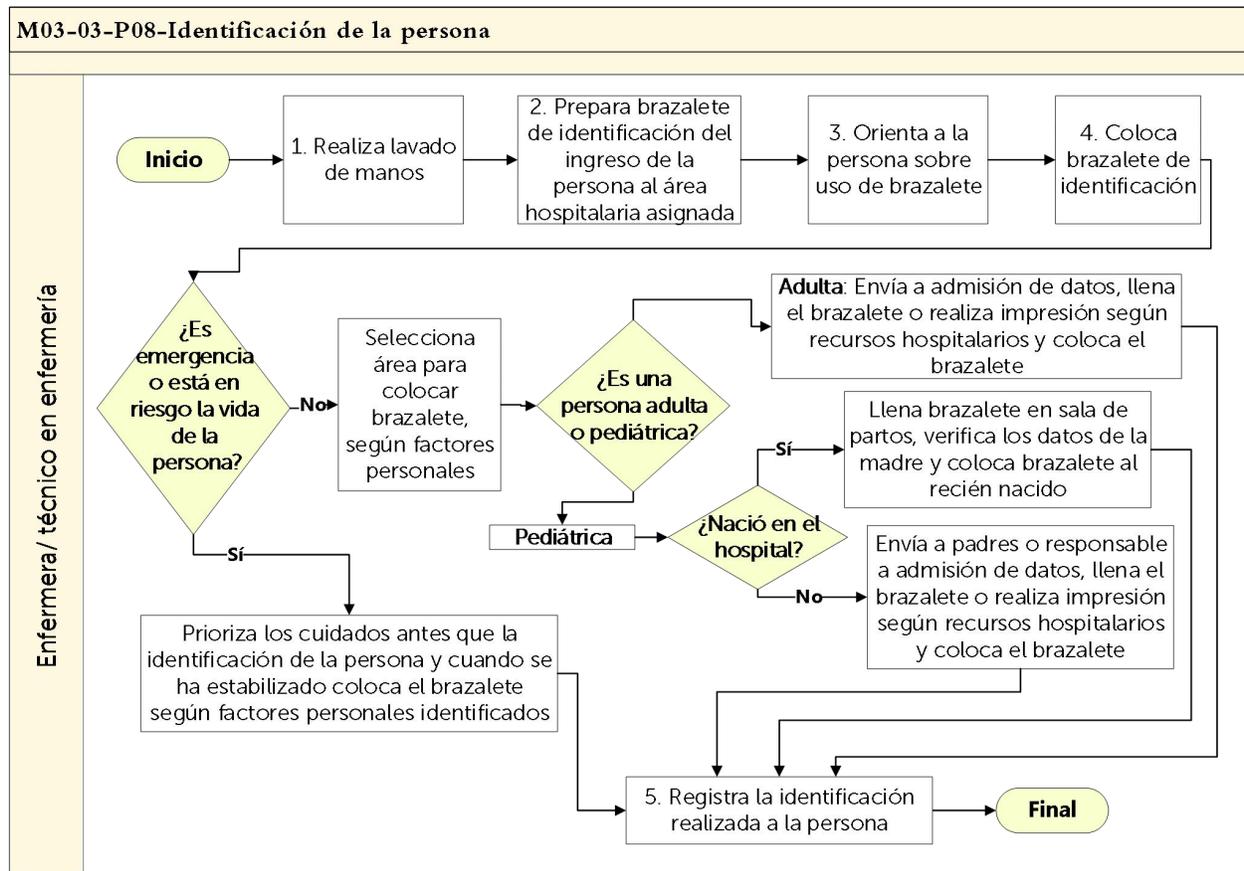


Figura 8: Diagrama del procedimiento M03-03-P08-Identificación de la persona.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

2. M03-03-P09-Prevención de caídas

a. Objetivos

Disminuir el número de caídas en las personas y los efectos adversos derivados de las mismas, mediante la implementación de una cultura de seguridad en el personal de salud y familiares.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos, ingreso de la persona al servicio de salud y finaliza con el registro y reporte oportuno de anomalías y actividades realizadas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 32 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P09-Prevención de caídas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco normativo: 1, 2.
2		Revisa que la unidad hospitalaria cuente con el equipo necesario.	Verifica que se encuentre disponible para las personas ingresadas: <ul style="list-style-type: none"> - Cama con barandillas y frenos. - Cunas. - Andadores. - Sillas de ruedas. - Dispositivos de sujeción. - Material de contención adecuado para personas en posición sentada. - Luz de cabecera. - Suelos antideslizantes, ascensores. Pasa a actividad 3. 	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 27.
3		Verifica entorno seguro para la persona que ingresa a las unidades de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprueba que barandas de la cama hospitalaria se encuentre en buenas condiciones. - Confirma que frenos de la cama estén funcionando y se apliquen en todo momento que la persona se encuentre en la unidad. - Asegura que los dispositivos de ayuda como bastón y andador se encuentren disponibles si la persona cuenta con ellos. - Retira todo el material que pueda producir caídas. - Gestiona que el servicio sanitario este accesibles y con pasamanos. Pasa actividad 4. 	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 27.
4		Saluda y orienta a persona y familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe a la persona en las áreas de hospitalización, saluda e identifica a la persona y se presenta por su nombre, cargo y orienta sobre estancia hospitalaria con los familiares y/o tutores legales. - Educa a familiares o responsables sobre la importancia de la prevención de las caídas: uso de barandas, sujeción preventiva y la necesidad de comunicar de forma inmediata cualquier alteración en el comportamiento de la persona. Pasa actividad 5. 	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 27.
5		Identifica el riesgo de sufrir caídas.	Completa la escala de valoración de riesgo de caídas aplicando escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton, que mide caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación. ¿Qué tipo de riesgo tiene la persona? Menos de 2 puntos: pasa a actividad 6. Mayor de 2 puntos: pasa a actividad 7.	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 25, 27. Anexo 14 Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton. Expediente clínico.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 33 de 139

Procedimiento: M03-03-P09-Prevención de caídas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
6		Asiste a la persona con clasificación menor de 2 puntos de sufrir caídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica medidas universales de prevención de caídas. - Asiste a la persona en la eliminación, tanto si se encuentra en cama o se levanta, permaneciendo a su lado en todo momento. - Vigila que pasillos y salas se encuentren iluminados y reporta oportunamente cuando existan desperfectos. - Gestiona que los pisos estén secos, sin obstáculos, sin cables, con señaléticas. - Coloca barandas en alto. - Mantiene cama lo más baja posible y con freno. - Verifica que persona utilice calzado seguro para iniciar la deambulacion. - Asiste a la persona en reposo prolongado, primera levantada posprocedimiento o marcha insegura. manteniéndolo incorporado, sentado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo y permanecer con él hasta que se baje. - Sienta a la persona en un asiento apropiado. - Decide que en caso de que los niños que se encuentren en cuna requieran realizar una técnica de transporte fuera de la cuna, la persona permanecerá en compañía de un cuidador y/o miembro de la familia. Pasa actividad 8. 	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 25, 27.
7	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Asiste a la persona con clasificación mayor de 2 puntos de sufrir caídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza todas las actividades anteriores más las siguientes: - Verifica que las barandas de la unidad estén permanentemente colocadas hacia arriba. - Mantiene la alerta, en caso que no esté protegido por barandas. - Vigila y reportar al médico la necesidad de sujeción preventiva. - Aplica medidas de sujeción según indicación médica. - Acompaña a la persona, ayudándole a caminar. - Acompaña a la persona en su aseo. - Sostiene convenientemente a la persona antes de realizar un cambio de cama a camilla o viceversa o hacia otro sitio como por ejemplo hacia la mesa quirúrgica. Así como antes de realizar un movimiento de cambio de posición. - Evalúa permanente del estado de conciencia de la persona. - Gestiona la presencia permanente del familiar y/o cuidador si es posible. Pasa actividad 8. 	Marco normativo: 9, 14, 16, 19, 25, 27.
8		Registra y reporta oportunamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza registro de los cuidados realizado y reporta estado de la persona durante el turno. - Asegura que, en cada cambio de turno, se registre en el expediente de una forma visible y en la hoja de enfermería el riesgo de caída de la persona. Pasa a la actividad 9. 	Marco normativo: 4, 16, 27 Expediente clínico.

Procedimiento: M03-03-P09-Prevención de caídas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
9	Jefatura del área de hospitalización.	Brinda seguimiento para valorar el cumplimiento de las medidas de prevención de caída.	<ul style="list-style-type: none"> - Valora si las medidas de prevención se han cumplido oportunamente en las personas ingresadas utilizando herramienta estandarizada. - Elabora informe y lo entrega a supervisora de área. Pasa a fin. 	Marco normativo: 4, 16, 27 Anexo 14. Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

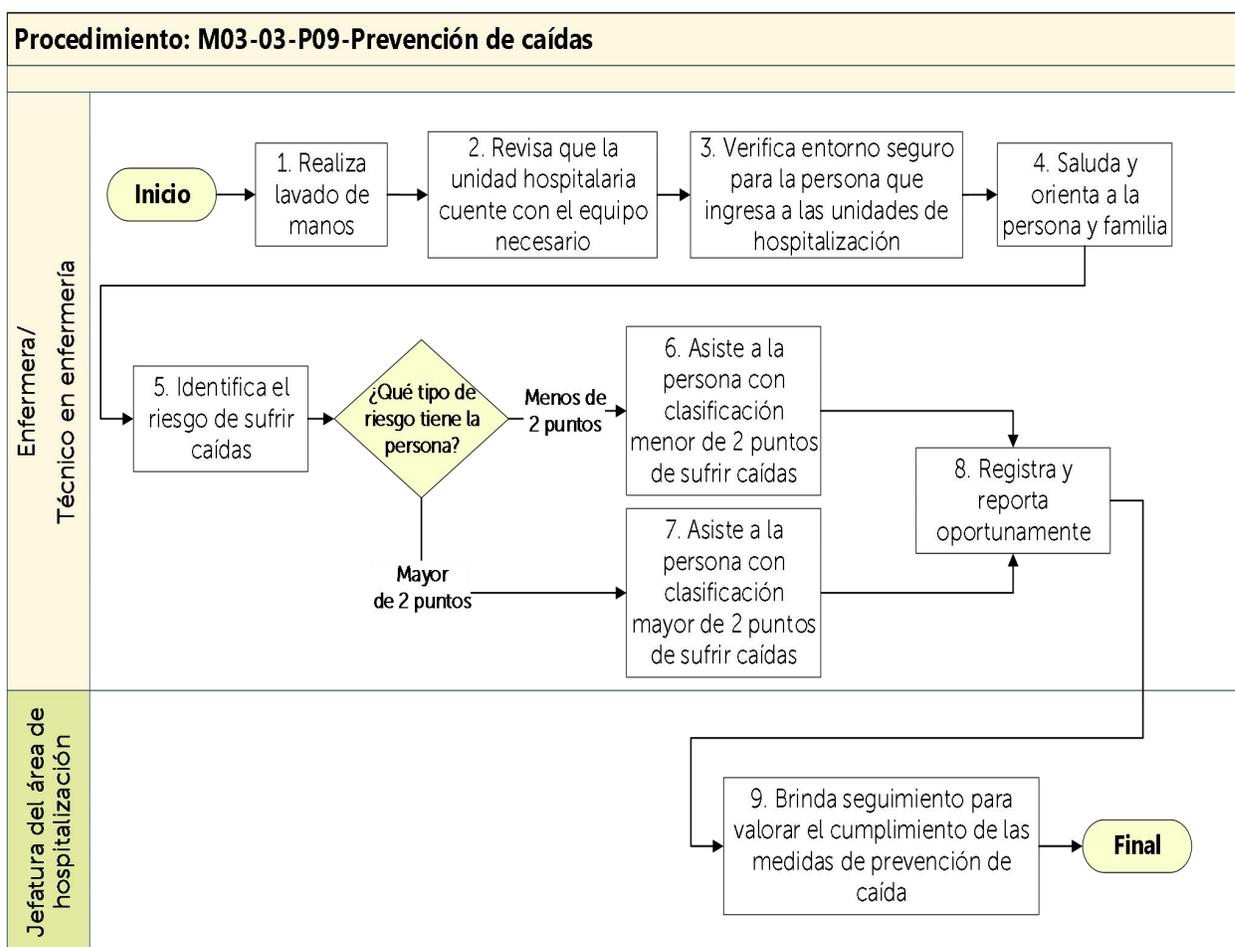


Figura 9: Diagrama del procedimiento M03-03-P09-Prevención de caídas.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 35 de 139

3. M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico

a. Objetivos

Proveer condiciones óptimas de seguridad, confort e higiene a la persona en fase prequirúrgica, previniendo complicaciones postoperatorias.

b. Alcance

Inicia con la verificación de la indicación médica del procedimiento quirúrgico y finaliza con el registro del cumplimiento de las actividades desarrolladas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco normativo: 1, 2.
2		Verifica en el expediente la indicación de procedimiento o quirúrgico.	Revisa el expediente clínico si médico tratante deja por escrito la indicación del procedimiento quirúrgico. ¿Qué tipo de cirugía se le realizará? <i>Electiva.</i> ¿Es programación ambulatoria? SI: Pasa a la actividad 3. NO: persona hospitalizada. Pasa a la actividad 4. <i>Emergencia.</i> ¿Desde qué servicio se le indica el procedimiento quirúrgico? Ambulatorio. Pasa a la actividad 3. Hospitalización. Pasa a la actividad 4. Emergencia. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 1, 5, 7.
3		Prepara a la persona de cirugía ambulatoria.	Prepara a la persona el día de la cirugía, de acuerdo a la cirugía indicada por el médico: Si cuenta con personal de enfermería gestor de camas: - Llama a la persona un día previo (donde exista enfermera gestora de cama). - Recibe ingreso de la persona el día de la cirugía, confirmando su identidad y coloca brazaletes. - Identifica las pertenencias de la persona y entregan al familiar, registra entrega en el expediente clínico. De no estar acompañado, se identifican, las que no son de valor se resguardan y las de valor se entregan a persona asignada por la dirección, registra entrega en el expediente clínico. - Verifica autorización en hoja de consentimiento	Marco regulatorio: 1, 4, 5, 7. Expediente clínico. Hoja de consentimiento informado.



Procedimiento: M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera/ Técnico en enfermería.		<p>informado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilita ropa adecuada. - Brinda apoyo emocional, aclarando todas sus dudas y temores. - Revisa que en el expediente clínico se encuentren completos y vigentes todos los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, evaluaciones especializadas, documento de consentimiento informado y otros indicados. Además, verifica patologías que la persona padece y el cumplimiento de su tratamiento. - Verifica si procede que el persona presente material o equipo según indicación médica. - Entrevista a la persona, confirmando que no haya ingerido alimentos y líquidos orales al menos 8 horas antes de la cirugía. - Comprueba que la persona no posee prótesis dentaria, dispositivos metálicos o electrónicos (marcapasos), uñas acrílicas, uñas con esmalte. - Comprueba en la historia clínica de la persona la prescripción de fármacos o preparación específica según intervención, estudio anestésico, así como indicación de reserva de hemoderivados para hacer gestión necesaria. - Asegura que no existe contraindicación o alergia al fármaco preanestésico. - Cumple indicaciones médicas prequirúrgicas. - Prepara región operatoria si procede. - Transporta a la persona a sala de operaciones y entrega: persona, expediente clínico, medicamentos, material y equipo (si procede) a enfermera de recepción. - Registra en el expediente actividades desarrolladas. Pasa actividad 6. 	
4		Prepara a la persona hospitalizada con indicación de cirugía.	<p>Toma en cuenta la indicación médica y tipo de cirugía a realizarle a la persona.</p> <p>Preparación de la persona día previo a la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe ingreso de la persona el día previo a la cirugía, confirmando su identidad y coloca brazaletes. - Facilita ropa adecuada. - Establece una relación terapéutica enfermera/persona brindando apoyo emocional, aclarando todas sus dudas y temores. - Revisa que en el expediente clínico se encuentren todos los resultados de exámenes de laboratorio, evaluaciones especializadas, documento de consentimiento informado, estén completos y vigentes. - Indica a la persona o ayuda a realizar ducha o baño el día de la cirugía sin mojar el cabello. - Restringe alimentos y líquidos orales, al menos 8 horas antes de la cirugía, si procede. 	<p>Marco regulatorio: 5,9.</p> <p>Expediente clínico.</p> <p>Hoja de consentimiento informado.</p>



Procedimiento: M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera/ Técnico en enfermería.		<ul style="list-style-type: none"> - Verifica en la historia clínica de la persona la prescripción de fármacos o preparación específica según intervención, estudio anestésico, así como indicación de reserva de hemoderivados para hacer gestión necesaria. - Pregunta a la persona si padece de alergia a algún medicamento. - Cumple indicaciones médicas pre quirúrgicas. - Proporciona dieta según prescripción médica y tipo de cirugía. - Gestiona o toma muestras para exámenes pre quirúrgico, reporta resultados. - Registra en el expediente actividades desarrolladas. <p>El día de la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prepara región operatoria si procede. - Comprueba correcta identificación de la persona y coloca brazalete. - Confirma que la persona está en ayunas. - Asegura la ausencia de alhajas, anillos, uñas acrílicas, uñas con esmalte, maquillaje, que la persona no posee prótesis dentaria, dispositivos metálicos o electrónicos (marcapasos). - Canaliza vena con catéter en miembro superior contra lateral a la zona en que se realizará la intervención quirúrgica. - Cumple medicamentos u otros procedimientos especiales, según indicación médica. - Traslada a la persona a sala de operaciones. - Permite que los miembros de la familia hablen con la persona antes del traslado al área quirúrgica. - Entrega a persona en área de recepción de sala de operaciones, explicando aspectos relevantes y las indicaciones cumplidas. - Registra en el expediente actividades desarrolladas. <p>Pasa actividad 6.</p>	
5		Prepara a la persona de cirugía de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Se presenta por su nombre y cargo con la persona. - Verifica identidad de la persona, tipo de procedimiento a realizar y coloca brazalete. - Realiza entrevista preoperatoria explicando a la persona o familia la preparación prequirúrgica. - Orienta a la persona sobre exámenes a realizar y los envía al laboratorio. - Gestiona que se realicen exámenes de gabinete. - Cumple indicaciones del plan terapéutico. - Se comunica con enfermería de sala de operaciones para preparación de quirófano. - Prepara a la persona para el acto quirúrgico. Ver actividad 2. Pasa actividad 6. 	<p>Marco regulatorio: 5.</p> <p>Expediente clínico.</p> <p>Hoja de consentimiento informado.</p>
6		Registra intervenciones realizadas.	Luego de preparar a la persona: ¿Se presentó alguna anomalía durante la preparación de la persona?	Marco regulatorio: 5

Procedimiento: M03-03-P10-Preparación de la persona para el acto quirúrgico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			SI: Reporta oportunamente al médico, cumple indicaciones, realiza intervenciones independientes de enfermería y se registra en expediente clínico. Pasa a fin. NO: Registra intervenciones realizadas en expediente. Pasa a fin.	Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

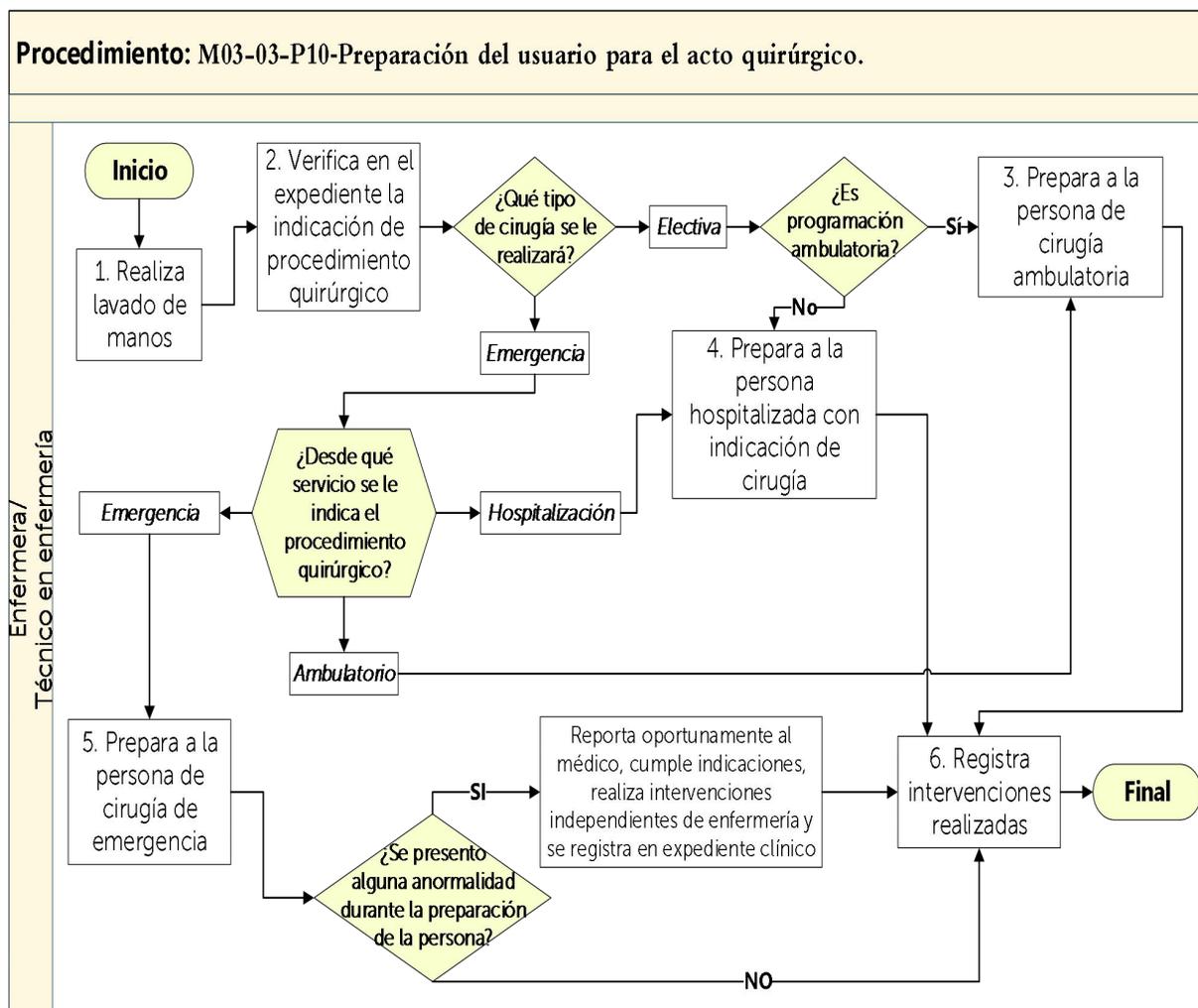


Figura 10: Diagrama del procedimiento M03-03-P010-Preparación de la persona para el acto quirúrgico. Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 39 de 139

4. M03-03-P11-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales

a. Objetivos

Disminuir la carga bacteriana de las superficies para mantener un ambiente que contribuya a la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria y a mejorar la calidad de los procesos quirúrgicos realizados a la persona.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos de la persona responsable y la preparación del equipo necesario a utilizar, desarrollo de la limpieza y desinfección de las áreas; finalizando con la anotación del procedimiento realizado en registros correspondientes.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P11-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnica(o) en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 2.
2		Prepara el equipo necesario a utilizar.	Prepara el equipo el cual debe contener: 3 garrafas plásticas, 3 barras de madera o metal (tipo trapeador), 1 cubeta o balde, trozos de tela (pañños) o según necesidad, 1 copa graduada, detergente, solución desinfectante de bajo nivel, según disponibilidad institucional, agua potable, equipo de bioseguridad (gorro, mascarilla, zapateras, guantes limpios, gabachón). Pasa a la actividad 3.	
3		Coordina limpieza y desinfección del piso.	Previo al momento de realizar la limpieza, desinfección y secado del piso de las áreas, enfermería coordina con el personal de limpieza para realizar en conjunto según corresponda esta actividad. Pasa a la actividad 4.	
4	Personal de limpieza.	Realiza limpieza y desinfección del piso.	Procede a efectuar la limpieza y desinfección del piso en las diferentes áreas. Deja seco el piso y colabora en dejar ordenadas las áreas. ¿Procedimiento anterior limpio o contaminado? Limpio: Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 1, 2, 3.



Procedimiento: M03-03-P11-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			Contaminado: Pasa a la actividad 6.	
5	Enfermera/ Técnica(o) en enfermería.	Realiza limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas/ áreas para procedimientos especiales.	Aplica la técnica descrita en los "Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. Romano V" y lineamientos técnicos para la descontaminación de material médico quirúrgico en los establecimientos de las RIIS, Anexo 15. Si finaliza el procedimiento (quirúrgico/especial) anterior y no fue infectocontagioso. Pasa a la actividad 8.	Marco regulatorio: 1, 2, 3. Anexo 15. Técnica de limpieza y desinfección terminal de áreas.
6	Enfermera/ Técnica(o) en enfermería.	Realiza limpieza y desinfección terminal.	Finaliza el procedimiento y procede inmediatamente a realizar la limpieza y desinfección terminal de las áreas. Anexo 15. Pasa actividad 7.	
7		Programa desinfección final con robot, LYTBOT.	Coloca robot, LYTBOT (cuando exista en el establecimiento), para desinfección avanzada mediante emisión de luz xenón, al final de la limpieza y desinfección manual. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 2.
8		Realiza cuidado posterior del equipo.	Deja limpio y ordenado el equipo, después que realiza la limpieza y desinfección del área. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 2.
9		Registra oportunamente procedimiento realizado.	Anota la información pertinente en registros correspondientes, luego de realizar limpieza y desinfección. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

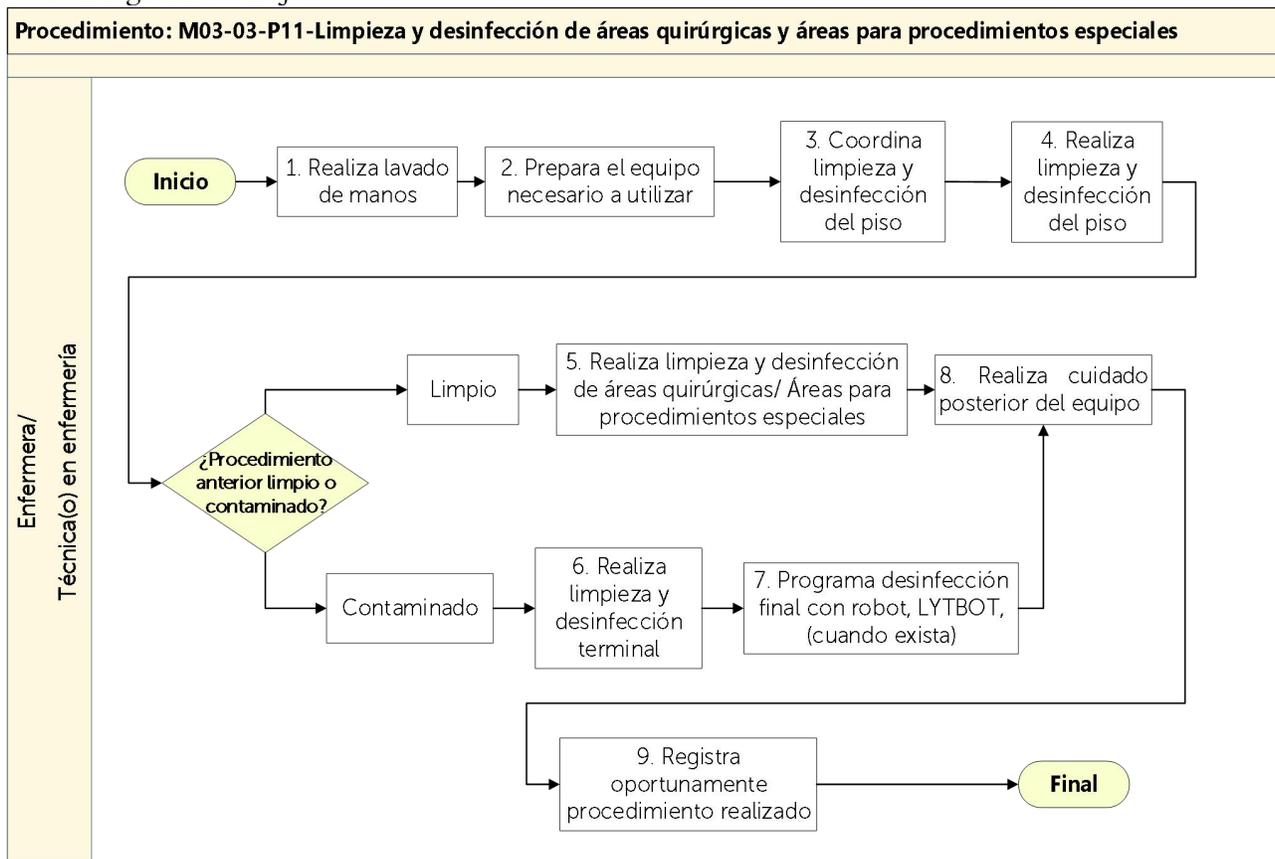


Figura 11: Diagrama del procedimiento M03-03-P011-Limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas y áreas para procedimientos especiales.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

5. M03-03-P12-Conteo del material quirúrgico en cirugía mayor

a. Objetivos

Establecer las medidas de seguridad necesarias para la prevención de eventos complejos, relacionados con olvido de materiales médicos quirúrgicos dentro del cuerpo de la persona intervenida, (antes de sacar a la persona de quirófano).

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos de la persona responsable y la preparación del equipo necesario a utilizar, finalizando con la interpretación, reporte y registro oportuno de los datos.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 42 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P12-Conteo de material quirúrgico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1		Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 2
2		Realiza conteo de material e instrumental quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisa tomando en cuenta que el conteo debe incluir todo el material quirúrgico (gasas, mechas, disectores, telfas, compresas, bisturís, agujas, pinzas y otros necesarios), considerando el no interrumpir el recuento. - Toma en cuenta que, si se presenta una interrupción, un error o alguna otra razón, que genere dudas de que sea correcto, repetirá la actividad. - Se cerciora de que todos los fragmentos se recuperen después de que cualquier objeto punzante o pieza de instrumental se deteriore o rompa. - Revisa que en quirófano no haya ningún material utilizado en cirugía anterior. Pasa a la actividad 3. 	Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7.
3	Enfermera Instrumentista/circular.	Define conteo a realizar.	<p>Desde el inicio de la cirugía se realizan tres conteos de material e insumos a utilizar. ¿Qué número de conteo realizará? Primer conteo, inicio de la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La instrumentista ya correctamente vestida con ropa y guantes estériles, en presencia de la enfermera circular y el médico cirujano y ayudante, iniciará el conteo de instrumentos, compresas, torundas, campos especiales, agujas y otros insumos que utilizará durante el procedimiento antes de iniciar el mismo. - Enfermera circular registra el detalle del material e instrumental. - Si se precisan durante la intervención más gasas, compresas, torundas, campos especiales, agujas y otros insumos de los ya suministrados al inicio de la intervención, la instrumentista comunica lo entregado en voz alta a la circular quien lo registrará. <p>Segundo conteo, durante la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La instrumentista pedirá a la enfermera circular realizar juntas y en presencia del cirujano el segundo conteo de instrumental, compresas, torundas, agujas y cualquier otro insumo que está siendo utilizado en el procedimiento, antes de cerrar órgano hueco o cavidad. - Las veces que se releve personal que participa en las intervenciones quirúrgicas, se deberá hacer recuento de lo que ya está en el campo quirúrgico. <p>Tercer conteo, al final de la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La instrumentista pedirá a la enfermera circular realizar juntas y en presencia del cirujano el tercer 	Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7. Expediente clínico.



Procedimiento: M03-03-P12-Conteo de material quirúrgico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>conteo de instrumental, compresa, torundas, agujas y cualquier otro insumo que se utilizó durante el procedimiento antes que el cirujano cierre piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circular separa uno por uno el material y el instrumental utilizado. Instrumentista realiza el conteo del material e instrumental en uso y el por usar, siguiendo un orden preestablecido: primero las de la mesa del quirúrgico y después las de la mesa del instrumental. Una vez finalizado, dirán en voz alta el número total de cada uno, el cual debe coincidir con el registrado al inicio y durante la intervención. - No sacar material del quirófano antes del cierre de piel. Pasa a la actividad 4. 	
4	Enfermera circular.	Registra oportunamente los conteos.	<p>Luego de realizar el conteo, registra información:</p> <p>¿Material completo?</p> <p>SI: anota en el registro correspondiente el nombre y cantidad del insumo. Pasa a la actividad 8.</p> <p>NO: repite el recuento a fin de verificar la pérdida. Si persiste la discrepancia informa al cirujano e instrumentista inmediatamente y realiza una búsqueda exhaustiva.</p> <p>¿Quién realiza el nuevo conteo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermera circular. Pasa a la actividad 5. - Enfermera Instrumentista. Pasa a la actividad 6. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7.</p> <p>Expediente clínico.</p>
5		Realiza nuevo conteo.	<p>Cuando el conteo no es correcto, la secuencia de acciones es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza un nuevo conteo en busca de la gasa, compresa, torundas, pinzas u otro material que no aparece. - Revisa en el quirófano todo el equipo (no estéril): mesas, cajas y basuras, reabre los paquetes de contaje de gasas y compresas, y vuelca el contenido de los cubos de la basura. Pasa actividad 6. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7.</p>
6	Enfermera instrumentista.	Realiza nuevo conteo.	<ul style="list-style-type: none"> - Detiene el cierre. El cirujano no debe cerrar la incisión si el conteo no es correcto. - Insta al equipo quirúrgico a revisar la cavidad y el entorno estéril. Pasa a la actividad 7. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7.</p>
7	Enfermera instrumentista/circular.	Encuentra material o instrumental faltante.	<p>Luego de la búsqueda.</p> <p>¿Se encontró material o instrumental faltante?</p> <p>Si: informa a cirujano e instrumentista. Pasa a la actividad 8.</p> <p>No: Regresa a la actividad 4 o 5.</p>	<p>Marco regulatorio: 1, 2,</p>
8	Enfermera circular.	Realiza cuidado posterior.	<p>Vigila que todo sea evacuado fuera del quirófano a las áreas correspondientes según tipo de material, cuando se finaliza la intervención y el conteo es correcto, Pasa a la actividad 9.</p>	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 5, 6, 7.</p>

Procedimiento: M03-03-P12-Conteo de material quirúrgico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
9		Registra las acciones realizadas.	Registra las acciones realizadas durante el procedimiento. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4, 8. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

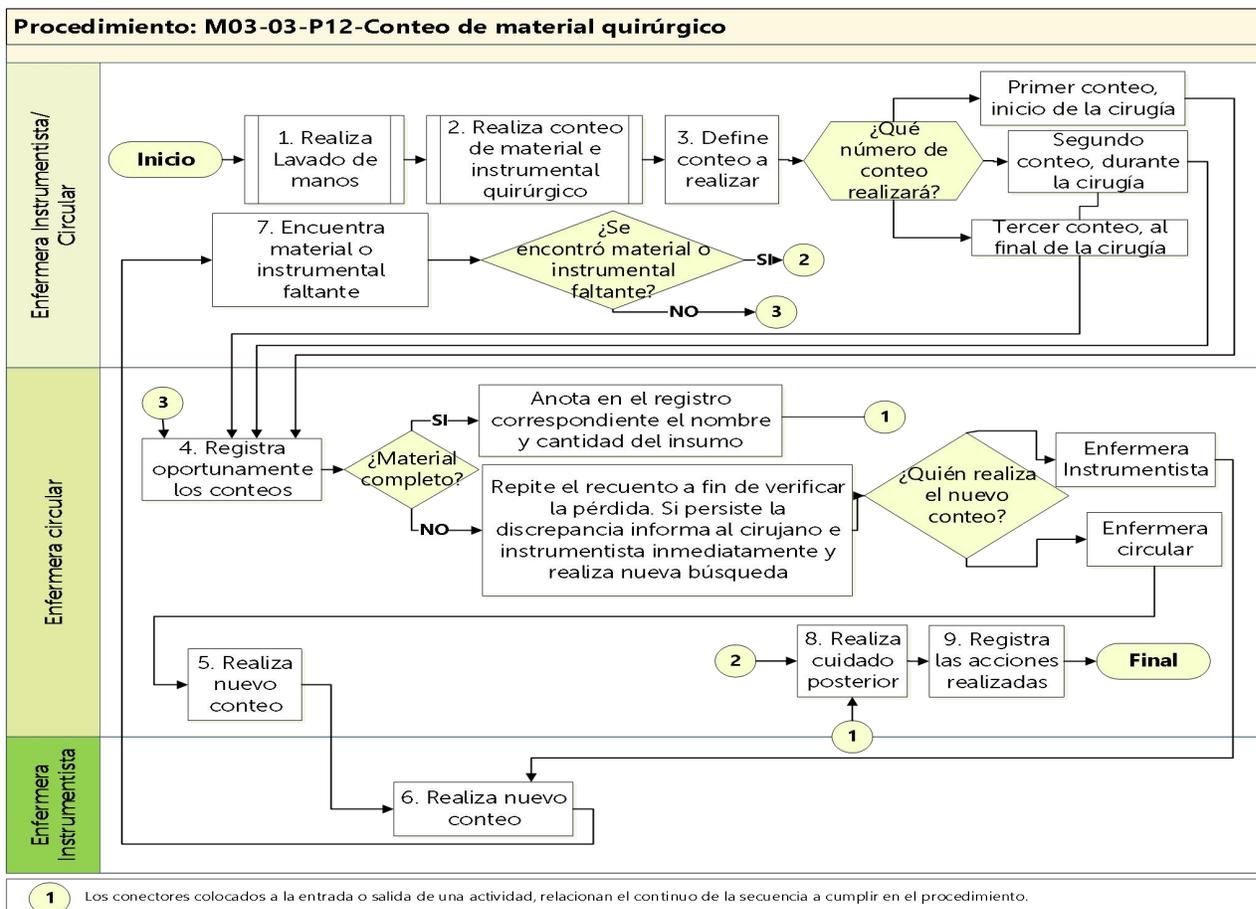


Figura 12: Diagrama del procedimiento M03-03-P012-Conteo de material quirúrgico.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 45 de 139

6. M03-03-P13-Curación de la persona ambulatoria y hospitalizada

a. Objetivo

Estandarizar la técnica aséptica de curación para favorecer el proceso de cicatrización, prevenir y controlar complicaciones, dar comodidad y seguridad a la persona; mediante la eliminación de agentes patógenos.

b. Alcance

Inicia desde que se realiza el lavado de manos, cumple procedimiento de curación y finaliza con el registro de actividades realizadas durante el procedimiento.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P13-Curación de la persona ambulatoria y hospitalizada				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 2.
2		Realiza limpieza y desinfección del área.	Verifica que personal de servicios generales realizó la limpieza del área. Limpia y desinfecta carro de curaciones con solución desinfectante de nivel intermedio. Pasa actividad 3.	Marco regulatorio: 1, 2.
3		Prepara el equipo necesario.	Prepara el equipo a utilizar, el que debe contener lo siguiente: - Equipo de protección (Gorro, mascarilla, gabachón, lentes protectores). - 1 carro de curación. - Equipos de curación individual, según la demanda del establecimiento o servicio, conteniendo: 2 pinzas, 2 escudillas y 5 torundas de gasa. - Pares de guantes de distinto número o medida (estériles y limpios). - Rollos de venda de gasa, vendas elásticas y esparadrapo. - 1 pinza de transferencia con su porta pinza y cubierta. - 1 tambo con paquetes individuales de 5 torundas. - 1 tambo con paquetes individual de 3 curaciones. - 1 tambo con paquete individual de 2 compresas de gasa y huata. - Paquetes de hisopos estériles. - Paquete con 10 baja lenguas estériles. - 1 tijera estéril. - 1 frasco con jabón yodado- Clorhexidina. - Solución salina normal.	Marco regulatorio: 14, 15.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 46 de 139

Procedimiento: M03-03-P13-Curación de la persona ambulatoria y hospitalizada

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera/ Técnico en enfermería		<ul style="list-style-type: none"> - Apósitos antimicrobianos (Parches de alginato, hidrocoloides). - Mango de bisturí, según necesidad. - Bisturí (#15,22). - Inmovilizadores. - 1 recipiente para desechos comunes con bolsa negra. - 1 bolsa plástica para el sucio (5 libras) para cada persona, amarrándola posterior a su uso. - 1 recipiente para desechos bioinfecciosos peligrosos (bolsa de color rojo y contenedor para descarte de cortopunzantes). - 1 recipiente con agua jabonosa. Pasa actividad 4. 	
4		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar, coloca a la persona en posición cómoda. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 9.
5		Realiza curación de acuerdo a indicación médica.	<p>Verifica la indicación médica. Hay dos tipos de curación en los que se aplica la técnica: Curación seca y curación húmeda.</p> <p>Aplicar técnica de curación. Anexo 16.</p> <p>¿Observa signos y síntomas de anormalidad?</p> <p><i>SI</i>: Suspende, reporta oportunamente y verifica indicación médica.</p> <p>¿Persona hospitalizada?</p> <p><i>Si</i>: Persona hospitalizada, cumple indicación médica: aplica técnica de curación o de acuerdo a la situación del sitio de curación asiste a persona durante la curación realizada por el médico. Pasa actividad 6.</p> <p><i>No</i>: Persona ambulatoria, cumple indicación médica, aplica técnica de curación o realiza tramite de referencia. Pasa a la actividad 6.</p> <p><i>NO</i>: Continúa con el procedimiento según técnica. Pasa actividad 6.</p>	<p>Marco regulatorio: 1, 4, 14, 19.</p> <p>Anexo 16: Técnica de curación.</p>
6		Realiza cuidado posterior del equipo.	<p>Realiza limpieza del instrumental utilizado, según lineamiento de descontaminación de material médico quirúrgico y deja ordenada y limpia el área y el carro de curaciones.</p> <p>En establecimiento donde se cuenta con ayudante de enfermería, colaborará con la limpieza del instrumental. Pasa a la actividad 7.</p>	Marco regulatorio: 3, 16, 22.
7		Registra actividades desarrolladas.	Elabora nota de enfermería en la que describe procedimiento desarrollado, intervenciones realizadas, anormalidades encontradas y reportadas. Pasar a fin.	Expediente clínico.

Fin del procedimiento

e. Diagrama de flujo

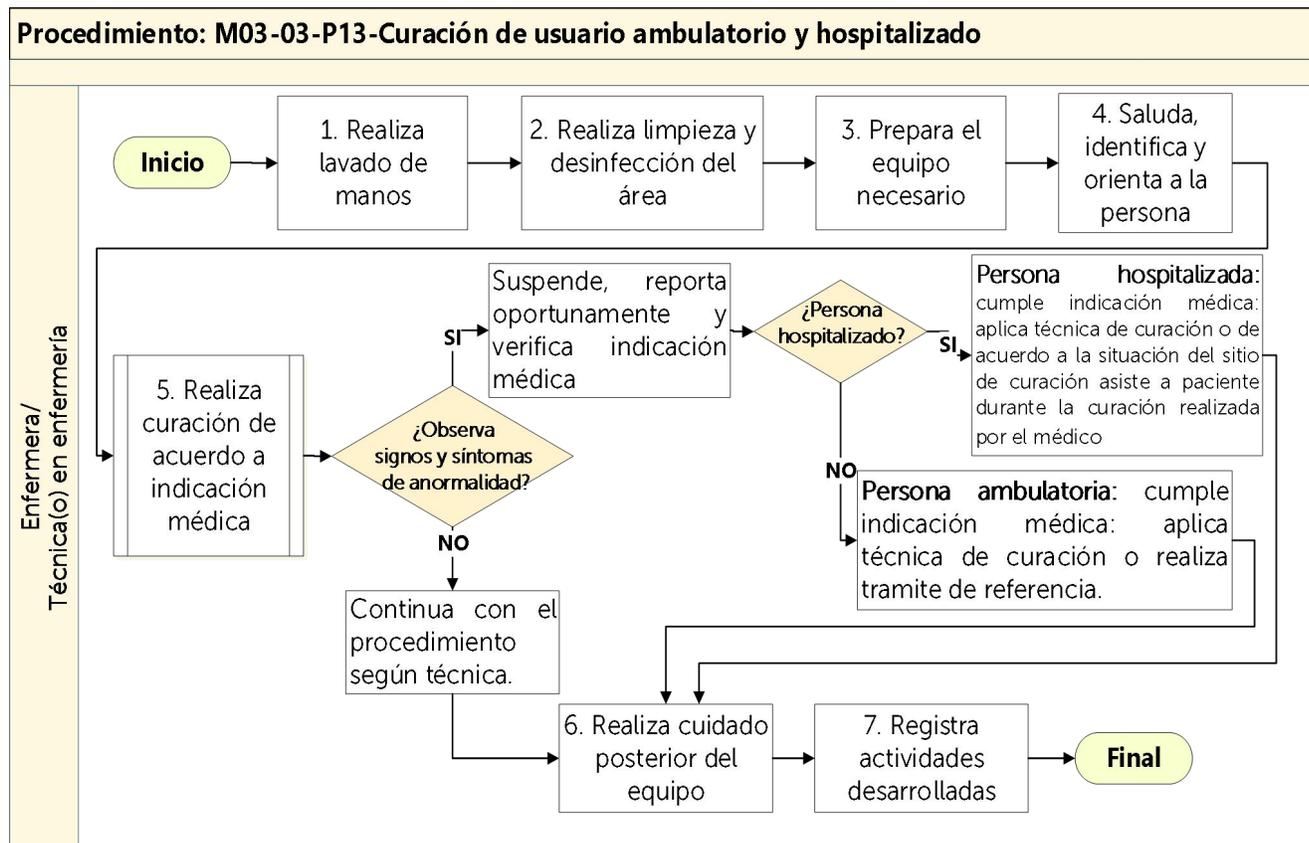


Figura 13: Diagrama del procedimiento M03-03-P013-Curación de persona ambulatorio y hospitalizado.
Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

7. M03-03-P14-Retiro de puntos de sutura y grapas

a. Objetivos

Retirar material de sutura y/o grapas de la piel, utilizadas en procedimiento de unión de bordes de una herida, preservando la continuidad del proceso de cicatrización, previniendo la formación de seromas y absceso en la herida.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos antes de iniciar el procedimiento, finalizando con el registro de todas las intervenciones realizadas durante el procedimiento.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 48 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento M03-03-P14-Retiro de punto de sutura y grapas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara el equipo que debe contener: <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de protección (gorro, mascarilla, gabachón, lentes protectores). - Carro de curaciones limpio y ordenado. - Equipo de retiro de puntos estéril (1 tijera Littauer, 1 pinza de disección sin garra). - Equipo de curación estéril (2 escudillas, 5 torundas de gasa, un apósito de gasa y 2 pinzas quirúrgicas), SSN, guantes limpios y estériles, recipiente para desechos peligrosos, bolsa plástica para el sucio, depósito con agua jabonosa. - Rollos de venda de gasa y elásticas, esparadrapo, pinza de transferencia con su porta pinza, frasco con jabón yodado o clorhexidina y un tambo con paquetes individuales de compresas de gasa, hisopos estériles, frascos o tubos para cultivo si es necesario. - Pinza quita grapa quirúrgica. Pasa actividad 3. 	Marco regulatorio: 2.
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa actividad 4.	Marco regulatorio: 9. Expediente clínico.
4		Valora estado de la herida.	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica indicación médica. - Coloca gorro, mascarilla, gabachón, lentes protectores, guantes limpios. - Coloca a la persona en posición cómoda. - Descubre la herida retirando el apósito en dirección de los vellos haciendo leve estiramiento de la piel. - Valora estado de cicatrización de la herida. ¿Se observa signos y síntomas de anormalidad? SI: Reporta oportunamente al médico tratante, cumple indicación y registra intervención. Pasa actividad 10. NO: Continúa con el procedimiento. Pasa actividad 5.	Marco regulatorio: 9. Expediente clínico.
5		Realiza retiro de puntos.	Previo lavado de manos, realiza curación de acuerdo a técnica. Ver anexo 16. Procede al retiro de los puntos. ¿Herida con puntos de sutura o grapas? Sutura de herida con hilo: Pasa a la actividad 6. Sutura de herida con grapas: Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 1, 2, 9, 14.
6		Retira puntos de sutura de herida con hilo.	¿La sutura es continua? SI: La sutura es continua: Pasa a la actividad 7. NO: La sutura no es continua. Pasa a la actividad 8.	Anexo 16: Técnica de curación.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 49 de 139

Procedimiento M03-03-P14-Retiro de punto de sutura y grapas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
7	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Retira puntos continuos de sutura de herida.	<ul style="list-style-type: none"> - Corta un punto terminal y tracciona el hilo presionando la piel con los dedos hasta extraerla totalmente. - Retira el hilo y los coloca encima de una gasa limpia. - Verifica si el punto de sutura está completo. - Realiza nuevamente curación según técnica. Ver anexo 16. - Coloca apósito estéril y sella con adhesivo quirúrgico. - Deja cómodo a la persona. Pasa a la actividad 10. 	
8		Retira puntos no continuos de sutura de herida.	<ul style="list-style-type: none"> - Corta los puntos uno a uno. Traccionando por medio del nudo, a medida que se va cortando. - Hace presión en los bordes de la herida, sosteniendo un extremo del nudo del hilo con la pinza de disección y tracciona suavemente hacia arriba. - Sitúa la punta curvada de la tijera, directamente por debajo o al lado del nudo. - Corta cuidadosamente la sutura, en el anillo formado por el hilo, teniendo el cuidado de no lesionar la piel de la persona. - Retira el hilo y los coloca encima de una gasa limpia. - Verifica si el punto de sutura está completo. - Realiza nuevamente curación según técnica. Ver anexo 16. - Coloca apósito estéril y sella con adhesivo quirúrgico. - Deja cómoda a la persona. Pasa a la actividad 10. 	
9		Retira grapas de sutura de herida.	<ul style="list-style-type: none"> - Sitúa la punta plana del extremo inferior de la pinza quita grapas quirúrgicas, por debajo de la grapa aprieta completamente los extremos opuestos habilitados para cerrar el dispositivo y observa que la grapa se dobla por la mitad, sacando las puntas de la misma de dentro de la piel. - Retira suavemente la grapa y la aleja de la zona de incisión al ver las dos puntas fuera de la piel. - Sitúa la pinza quita grapas encima de un contenedor para material afilado y la desecha. - Retira las grapas alternamente. <p>¿La herida presenta dehiscencia? SI: reporta oportunamente al médico tratante, cumple indicaciones y registra intervenciones realizadas. Pasa a la actividad 10. NO: retira las grapas restantes, realiza nuevamente curación según técnica. Ver anexo 16, coloca apósito estéril y sella con adhesivo quirúrgico, deja cómodo a la persona. Pasa actividad 10.</p>	
10		Realiza limpieza del material utilizado.	Realiza la limpieza al finalizar el procedimiento y envía los equipos utilizados al área correspondiente para su descontaminación, desinfección o esterilización. Pasa actividad 11.	

Procedimiento M03-03-P14-Retiro de punto de sutura y grapas				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
11		Registra intervenciones realizadas.	Registra en expediente fecha, hora, número de puntos y/o grapas retiradas, apósito o tiras adhesivas aplicadas a la herida, reacciones de la persona y aspectos observados de la incisión. Pasar a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

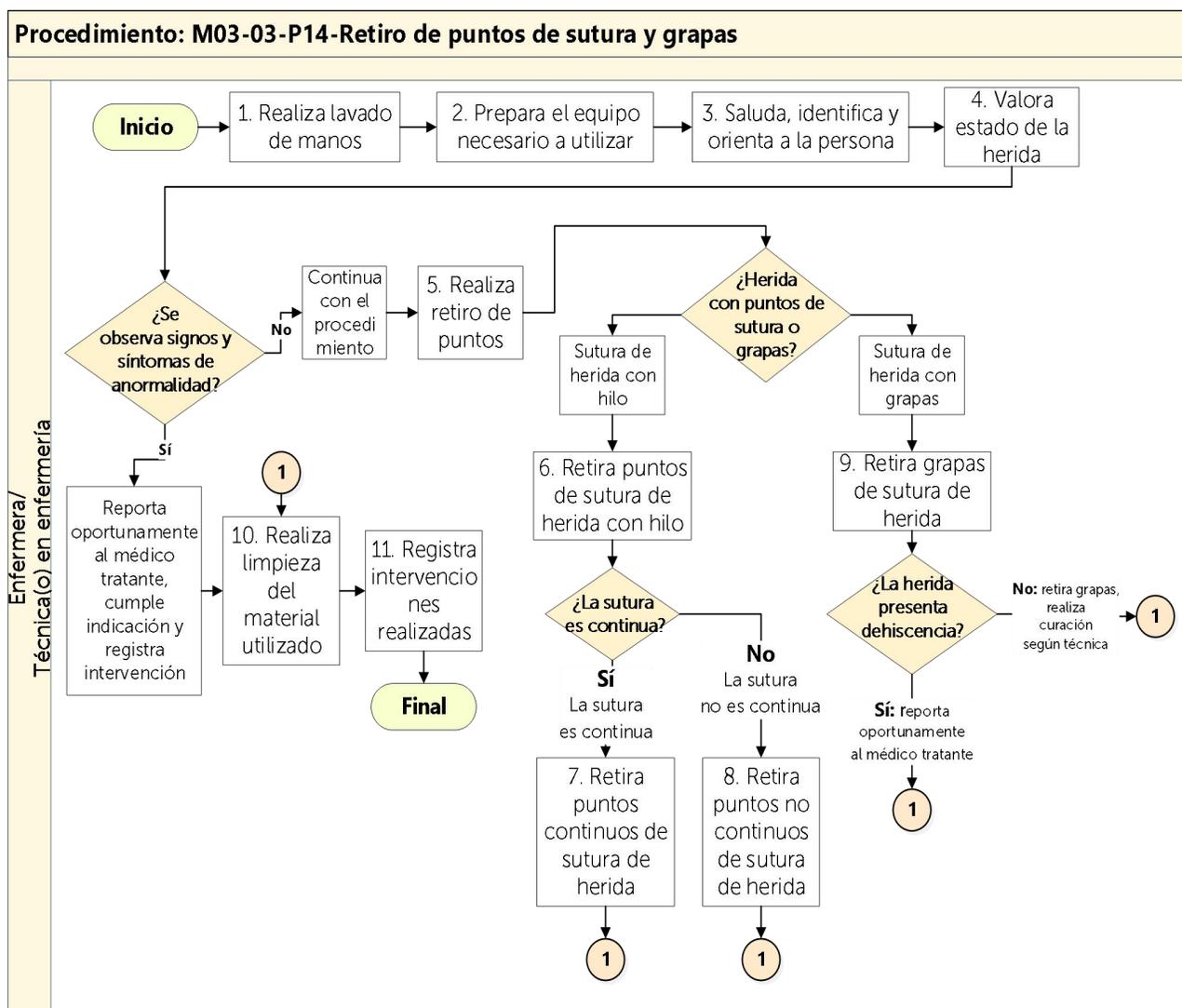


Figura 14: Diagrama del procedimiento M03-03-P014-Retiro de puntos de sutura y grapas. Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 51 de 139

8. M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento

a. Objetivo

Educar a la madre de la persona recién nacida con estancia hospitalaria, sobre la higiene en el hogar para evitar infecciones cutáneas y del muñón umbilical, mostrando como proporcionar confort y cuidado de la piel.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos, realiza higiene de la persona recién nacida y finaliza con el cuido posterior del equipo utilizado.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento.				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara equipo individual a utilizar en un lugar accesible a la persona recién nacida y libre de corrientes de aire, que cuente con una lámpara de calor, mesa, depósito para la ropa sucia, recipientes para desechos bioinfecciosos; vaselina, pañales desechables o de tela, gabachón limpio; guantes limpios, mantilla, tijera; agua tibia, agua estéril, hisopos estériles; torundas de algodón estéril, alcohol al 70%, equipo individual estéril (3 toallitas, 2 vasijas, 10 torundas de algodón y 1 gasa) y pinza de transferencia. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 2, 3.
3		Identifica a la persona recién nacida.	Saluda a la madre, se presenta por su nombre y cargo, verifica nombre de la persona recién nacida por medio del brazalete de identificación. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13.
4		Traslada a la persona recién nacida al lugar donde realizara la higiene.	<ul style="list-style-type: none"> - Traslada a la persona recién nacida si es necesario, al lugar donde se tiene el equipo preparado para realizar la higiene. - Verifica que el área donde realiza la higiene es cálida y libre de corrientes de aire. - Coloca a la persona recién nacida en una superficie segura y siempre bajo su supervisión. ¿La madre acompaña a la persona recién nacida?	Marco regulatorio: 6, 9, 10, 11, 12, 13. Expediente clínico materno.



Procedimiento: M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento.

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>SI: orienta sobre el procedimiento a realizarle, si es pertinente. Pasa a la actividad 5.</p> <p>No: Pasa a la actividad 5.</p>	
5	Enfermera/ Técnico en enfermería	Ejecuta la higiene de la persona recién nacida.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca gorro, mascarilla y gabachón limpio. - Descubre equipo de baño estéril, vierte agua estéril en una de las escudillas y en la otra vaselina líquida, se coloca guantes limpios. - Inicia higiene con la limpieza ocular, con una torunda de algodón humedecida con solución salina, usa una en cada ojo, iniciando del ángulo interno hacia afuera. - Toma una torunda de algodón humedecida con agua estéril y limpia área frontal, toma otra y limpia mejía, incluyendo pabellón auricular del recién nacido, repite con otra torunda de algodón el paso anterior en la siguiente mejía. - Toma la gasa estéril humedecida con agua estéril y realiza aseo oral. - Descubre parcialmente, si ha defecado retira pañal o mantilla, limpia glúteos y genitales utilizando torundas de algodón con vaselina. - Retira guantes, coloca alcohol gel en manos, luego guantes limpios. - Humedece una toallita estéril con agua tibia y continúa limpieza de la cabeza frotando suavemente y retirando restos de sangre o secreciones. - Seca inmediatamente con la segunda toallita y mantiene cubiertas las áreas que ya limpio. - Limpia con movimientos rotativos y utilizando toallita humedecida con agua tibia las manos, brazos, axilas, tórax, abdomen, dorso y miembros inferiores. - Seca inmediatamente con la segunda toallita y cubra al recién nacido con una mantilla limpia y seca. - Realiza aseo vulvar o prepucial según el caso y glúteos con torundas con agua tibia, posteriormente seca y aplica vaselina en glúteos. <p>La higiene no debe durar más de 5 minutos. Pasa a la actividad 6.</p>	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13.</p> <p>Expediente clínico materno.</p>
6	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza curación del muñón umbilical.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambia sus guantes, higiene de manos con alcohol gel, toma los hisopos con su mano dominante y vierte alcohol al 70%, luego con un hisopo y con movimientos circulares aplica el alcohol en la base del ombligo haciendo énfasis en la unión del muñón y piel. - Aplica con otro hisopo con alcohol al 70% y lo coloca de la base del muñón hacia el extremo donde está el clip. - Coloca el pañal dejando descubierto el muñón 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13.</p> <p>Expediente clínico materno.</p>



Procedimiento: M03-03-P15-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento.

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>umbilical.</p> <p>- Envuelve a la persona recién nacida en una mantilla.</p> <p>¿Observó alguna anomalía?</p> <p>SI: reporta oportunamente al médico y registra. Pasa a la actividad 7.</p> <p>NO: Continúa con el procedimiento.</p> <p>¿La madre acompaña a la persona recién nacida?</p> <p>SI: Entrega a la madre, orientándole sobre el procedimiento realizado. Pasa a la actividad 7.</p> <p>NO: Coloca en su unidad. Pasa actividad 7.</p>	
7		Retira el equipo.	Retira el equipo utilizado y lo coloca en depósito. Deja limpio y ordenado el área. Realiza limpieza del área. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 22.
8		Registra intervenciones realizadas durante el procedimiento.	Registra todas las intervenciones realizadas, incluyendo el reporte oportuno al médico tratante sobre cualquier anomalía identificada. Pasa actividad 9.	Marco regulatorio: 1, 2, 3. Expediente clínico materno.
9		Entrega equipo utilizado a central de esterilización.	Entrega en Central de Esterilizaciones todo equipo utilizado para su correcto proceso de descontaminación. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 1,2,3.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

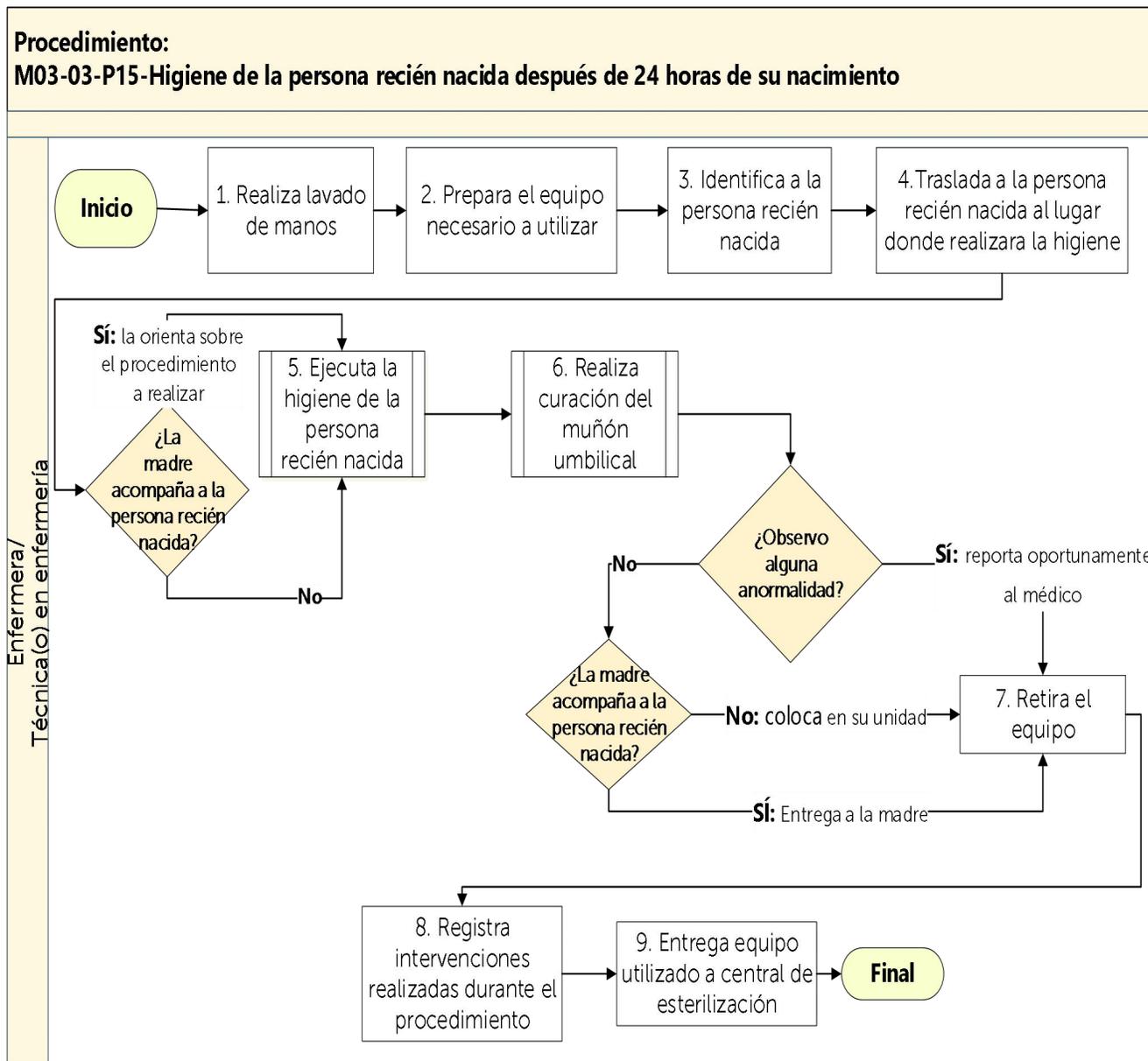


Figura 15: Diagrama del procedimiento M03-03-P015-Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 55 de 139

9. M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad

a. Objetivos

Mantener el cuidado de la piel, prevenir infecciones y proporcionar confort a la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical o hasta los 3 meses de edad con estancia hospitalaria, proporcionando educación a la madre o responsable al ser dado de alta.

b. Alcance

Inicia con el lavado de manos, realiza baño, registra intervención y finaliza dejando confortable.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad.				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara equipo en un lugar accesible y libre de corrientes de aire, bañera o tina, agua a temperatura de 35°C a 37°C mesa; jabón neutro, pañales desechables o de tela, ropa para recién nacido; toalla, vaselina, gabachón limpio; guantes limpios, solución salina, torundas de algodón estéril, depósito para la ropa sucia, recipientes para desechos bioinfecciosos; equipo individual estéril (3 toallitas, 2 vasijas, 5 torundas de algodón), pinza de transferencia. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 2, 3.
3		Identifica a la persona recién nacida hasta los 3 meses de edad.	Saluda a la madre, se presenta por su nombre y cargo, confirma nombre y apellido por medio del brazalete de identificación. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13.
4		Verifica que persona recién nacida hasta los 3 meses de edad, no presente contra indicaciones para el baño.	Verifica que no presente las siguientes contraindicaciones antes del baño: <ul style="list-style-type: none"> - Ser menor de 12 días. - Base de muñón umbilical no cicatrizado (Se considera cicatrizado hasta que el ombligo no presente secreción ni humedad). - Prematuro con peso menor de 2,500 gramos. - Recién nacidos con diversas patologías. - Recién nacidos postquirúrgicos. ¿Existe contraindicación? SI: Informa estado y realiza procedimiento M03-03-P15- Higiene de la persona recién nacida después de 24 horas de su nacimiento. Pasa a fin. NO: Realiza traslado al área donde realiza el baño.	



Procedimiento: M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad.

N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			Pasa actividad 5.	
5	Enfermera/ Técnico en enfermería	Traslada a persona recién nacida hasta los 3 meses de edad al área donde realiza el baño.	Traslada y coloca en una superficie segura y siempre bajo su supervisión. Pasa a la actividad 6.	Marco regulatorio: 6, 9, 10, 11, 12, 13.
6		Ejecuta la higiene de persona recién nacida o hasta los 3 meses de edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca gabachón limpio, descubre el equipo de baño y vierta agua en una de las escudillas y en la otra vaselina líquida, luego se coloca guantes limpios. - Desviste sin retirar el pañal y procede a envolverle en la toalla a la altura de los hombros. - Coloca trocitos de algodón en oídos. - Inicia higiene con la limpieza ocular, con una torunda de algodón humedecida con solución salina, usa una en cada ojo, iniciando del ángulo interno hacia afuera. - Toma una torunda de algodón humedecida con agua estéril y limpia área frontal, toma otra y limpia mejía, incluyendo pabellón auricular. Repite con otra torunda de algodón el paso anterior en la siguiente mejía y seca el rostro. - Toma gasa estéril humedecida en solución salina y realiza aseo oral. - Toma el jabón neutro con la mano dominante humedecida y realiza lavado de cuero cabelludo suavemente en forma circular, luego retira jabón y seca con toalla el rostro. - Descubre parcialmente, lo coloca en decúbito dorsal, retira pañal. Si se había defecado: Limpia glúteos y genitales utilizando torunda con vaselina. Si no se había defecado: Realiza limpieza de la zona perianal con torundas y agua tibia. - Realiza higiene de manos y hace cambio de guantes limpios. - Sujeta del cuello y con los cuatro dedos restantes sostiene el tronco por debajo de las axilas. Con la otra mano lo sujeta de las extremidades inferiores y lo coloca semisentado en la tina con agua tibia. - Coloca jabón neutro en mano y procede a aplicar en forma descendente desde el cuello, extremidades superiores, axilas, abdomen, extremidades inferiores; voltea cuidadosamente y realiza higiene de la parte dorsal y de último realiza aseo vulvar o prepucial según el caso con torundas con agua tibia. - Saca cuidadosamente de la bañera o tina y lo seca rápidamente con énfasis en zonas de pliegues. - Aplica vaselina en glúteos, coloca pañal y lo viste 	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13. Expediente clínico



Procedimiento: M03-03-P16-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad.

N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			rápidamente. El baño debe durar entre 8 y 10 minutos. Pasa actividad 7.	
7		Interpreta estado de la persona recién nacida o hasta los 3 meses de edad y reporta oportunamente.	¿Observó alguna anomalía en la persona recién nacida hasta los 3 meses de edad? SI: reporta oportunamente al médico y registra. Pasa actividad 8. NO: ¿La madre acompaña a la persona recién nacida hasta los 3 meses de edad? SI: Lo entrega a la madre, orientándole sobre el procedimiento realizado, registra intervención. Pasa actividad 9. NO: Coloca a la persona recién nacida hasta los 3 meses de edad en su unidad y registra intervención. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 9, 10, 11, 12, 13. Expediente clínico.
8		Realiza cuidado posterior del equipo.	Realiza limpieza y desinfección: de área y material utilizado. Pasa a la actividad 9.	Marco regulatorio: 1, 2, 22.
9		Registra intervenciones realizadas durante el procedimiento.	Registra todas las intervenciones realizadas, incluyendo el reporte oportuno al médico tratante sobre cualquier anomalía identificada. Pasa actividad 10.	Marco regulatorio: 1, 2, 3.
10		Entrega equipo a Central de Esterilización.	Realiza entrega de equipo individual a Central de Esterilización para su correcto proceso de esterilización. Pasa a fin.	Expediente clínico materno.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

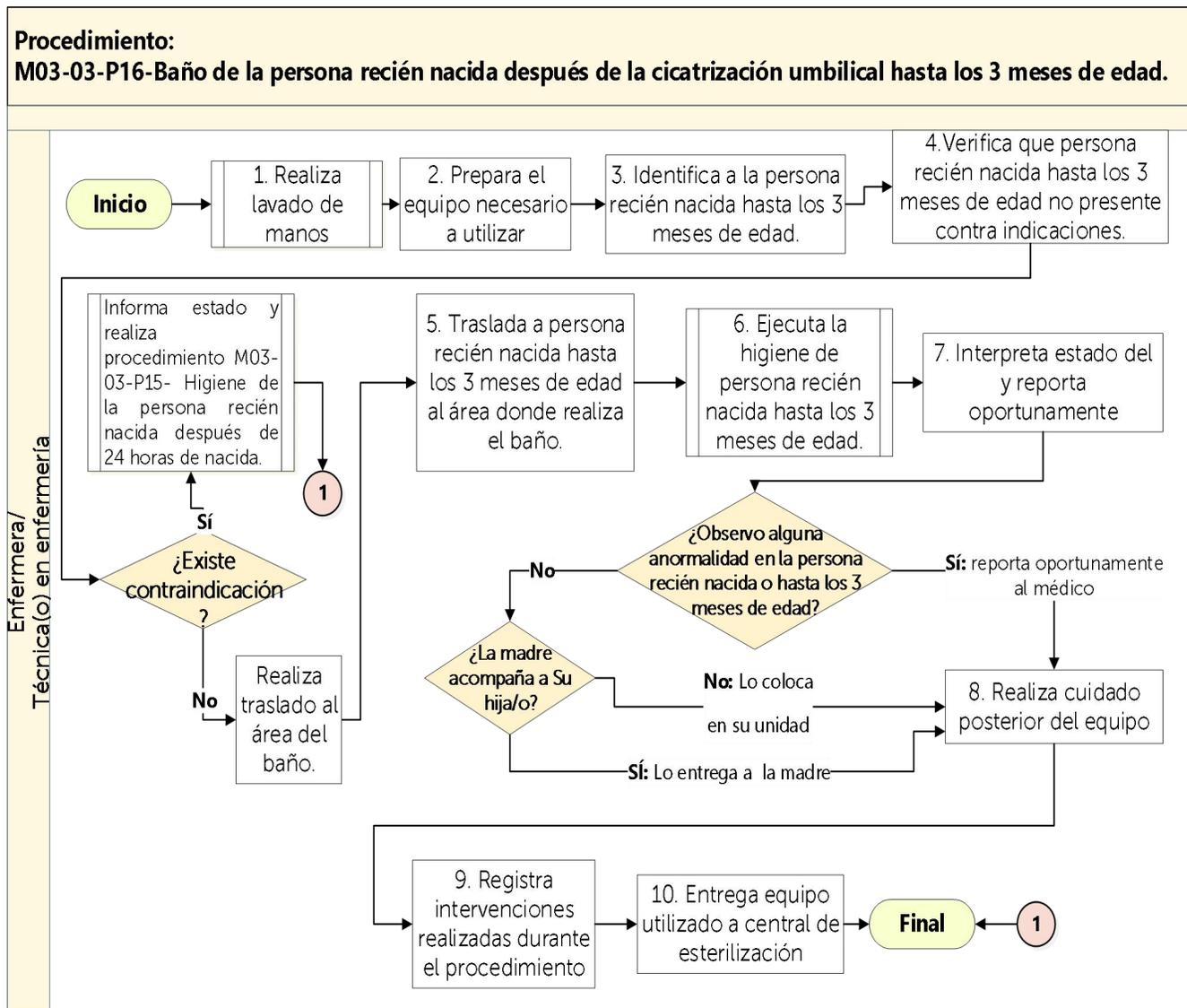


Figura 16: Diagrama del procedimiento M03-03-P016-Baño de la persona recién nacida después de la cicatrización umbilical hasta los 3 meses de edad.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 59 de 139

10. M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar)

a. Objetivos

Satisfacer las necesidades de higiene, confort, circulación periférica y así prevenir las infecciones, lesiones de la piel y mucosas.

b. Alcance

El procedimiento inicia con la preparación del equipo y finaliza con el registro de las actividades e intervenciones realizadas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar)				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2. Expediente clínico.
2		Prepara equipo.	Realiza preparación del equipo para baño en cama: toallas, sábanas, bata o pijama limpia, torundas de algodón, jabón, bolsas de desechos, tres recipientes para el agua, agua tibia, rasuradora descartable, cortaúñas, guantes descartables, crema hidratante, equipo para aseo oral, peine o cepillo para el cabello, biombo o cortina. Pato u orinal. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 9. Expediente clínico.
3		Saluda y se identifica con la persona.	- Identifica a la persona, saluda, se presenta por su nombre y cargo. - Orienta sobre el procedimiento a realizar. - Se calza guantes limpios. - Coloca a persona en posición de acuerdo a su condición. ¿Qué grado de dependencia de cuidado presenta la persona? Grado II (Parcialmente dependiente). Grado III (Totalmente dependiente). Afloja la ropa de cama desde los pies y retira frazadas y sábanas. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 1, 2, 9, 8.
4		Realiza higiene de cavidad oral.	De acuerdo al grado de dependencia realiza higiene de cavidad oral. ¿Persona puede realizarla por sí mismo? SI: Proporciona material necesario y le ayuda. Pasa a la actividad 5. NO: Revisa cavidad oral y realiza higiene. ¿Persona	Marco regulatorio: 1, 2, 17.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 60 de 139

Procedimiento: M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar)				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>con tubo endotraqueal?</p> <p>SI: Verifica que balón endotraqueal este insuflado a una presión de 20 a 30 cm de aire.</p> <p>¿Tubo endotraqueal en buenas condiciones?</p> <p>SI: tubo endotraqueal en buenas condiciones. Aspira secreciones, utilizando técnica aséptica y realiza higiene con antiséptico oral, agua y bajalengua cubierto con gasa. Pasa a la actividad 5.</p> <p>NO: tubo endotraqueal en malas condiciones. Reporta oportunamente al médico o técnico de terapia respiratoria. Pasa a la actividad 6.</p> <p>NO: Aspira secreciones si es necesario y realiza higiene a la persona con antiséptico oral, agua y bajalengua cubierto con gasa. Pasa a la actividad 5.</p>	
5	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza higiene de la persona en cama.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicita apoyo si es necesario y lo protege de caídas. - Acerca a la persona al borde de la cama, del lado dominante, retira ropa a la persona tratando no descubrir innecesariamente, coloca la toalla sobre su tórax. - Identifica lesiones o sitios de compresión ósea para evitar complicaciones o deterioro de la piel. - Hace limpieza de ojos con torundas de algodón humedecidas y agua tibia, de ángulo interno a externo en una sola intensión y luego seca de igual forma. - Limpia frente, mejillas y mentón con torundas humedecidas con agua tibia y seca el rostro. - Limpia el pabellón auricular de cada oreja y fosas nasales con hisopos húmedos. - Coloca toalla bajo el miembro superior, cercano al borde de la cama, utiliza esponja o paños enjabonados, retira el jabón y seca de la siguiente forma: mano, antebrazo, brazo, hombro y axila; repite paso en el siguiente miembro. - Realiza cambio de agua, esponja o paños las veces necesarias. - Enjabona, retira el jabón y seca desde el cuello, tórax, abdomen hasta los pliegues inguinales, haciendo énfasis en el ombligo. - Coloca a la persona en decúbito lateral para higiene posterior, enjabona, retira el jabón y seca desde los hombros hasta los glúteos, coloca crema y realiza masaje suave con énfasis en las prominencias óseas y lo coloca en posición decúbito dorsal. - Enjabona, retira el jabón y seca del muslo hasta los pies con énfasis en los espacios interdigitales en ambos miembros. - Coloca pato a la persona para realizar aseo vulvar o prepucial (si está en posibilidades de hacerlo orienta a que lo realice) de acuerdo a técnica descrita en la página 74 del "Manual para facilitadoras/es de enfermería de la RIISS en salud sexual y reproductiva, 2013". - Realiza arreglo de unidad según procedimiento y 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 5, 7, 8, 9, 21.</p> <p>Anexo 7. Técnica de cama abierta con persona.</p>

Procedimiento: M03-03-P17-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar)				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
6			deja a la persona en una posición cómoda y de acuerdo a su condición. Anexo 7. - Peina a la persona y si es necesario afeita y recorta uñas. Pasa a la actividad 6.	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 22.
		Realiza cuidado posterior del equipo.	- Realiza cuidado posterior del equipo utilizado durante el procedimiento y coloca en área designada para su resguardo. - Evita colocar ropa sucia en el piso, revisa que no se encuentre objetos de valor de la persona o cortopunzantes mezclados con ropa y deposita en colector. - Gestiona limpieza de piso si es necesario. Pasa actividad 7.	
7		Registra intervenciones realizadas.	Realiza nota de enfermería describiendo las actividades realizadas. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

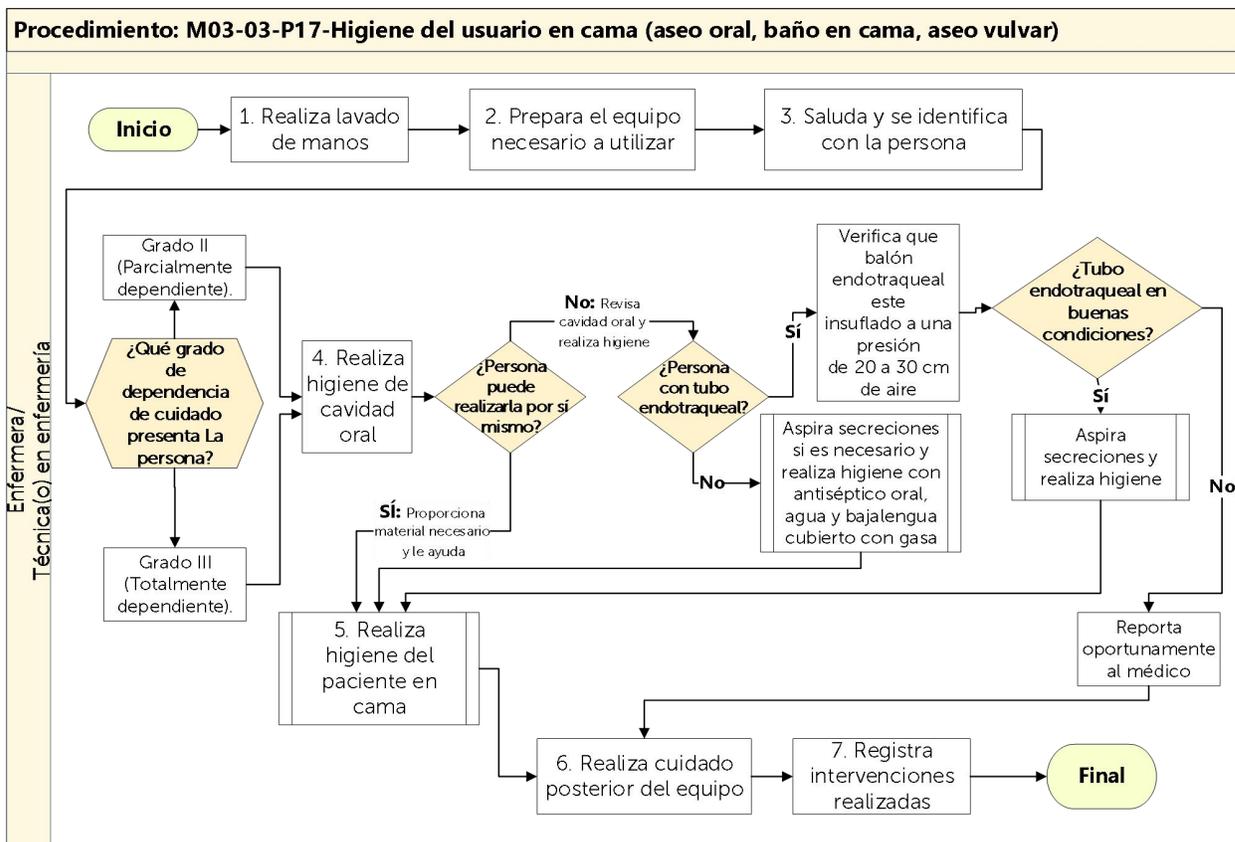


Figura 17: Diagrama procedimiento M03-03-P017-Higiene de la persona en cama (aseo oral, baño en cama, aseo vulvar). Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 62 de 139

11. M03-03-P18-Pediculosis

a. Objetivo

Eliminar piojos y liendres en una persona infectada, controlando y previniendo contagios, además en el infectado disminuye la irritación, enrojecimiento, excoriación y dermatitis por el rascado continuo sobre el cuero cabelludo y piel, evitando infecciones bacterianas.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos de la persona que realizará el procedimiento y finaliza con el registro de las actividades realizadas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P18-Pediculosis				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara los materiales y equipo, el cual debe contener: guantes no estériles, bata desechable, gorro, mascarilla, productos pediculicidas como champú o loción, agua tibia, champú para lavado de cabello, ropa para persona, ropa de cama, una vasija arriñonada, toallas de baño, toalla facial o trozo de gasas, ropa limpia, 2 peines (uno fino y otro corriente), rasuradora y tijeras (si es necesario), bolsa plástica rotulada para ropa, gasas no estériles (para cubrir los ojos), frasco con torundas de algodón (para los oídos), vaselina sólida o líquida o lubricante, bajalenguas, pinza auxiliar, ahulado con su cubierta, trozos de papel higiénico, campo o pañuelo, un impermeable. Pasa a actividad 3.	
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa actividad 4. Verifica que cabello se encuentre seco.	Marco regulatorio: 9.

Procedimiento: M03-03-P18-Pediculosis				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
4	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza tratamiento de pediculosis.	<ul style="list-style-type: none"> - Lleva el equipo en carro de procedimientos y lo coloca al lado de la persona. - Coloca biombo. - Se coloca equipo de protección personal. - Abre equipo y vierte solución medicamentosa en una vasija. - Acerca la gradilla al lugar donde se va a trabajar, si es necesario. - Deja frazada hasta los pies y retira la almohada. - Coloca a la persona en posición semifowler y lo acerca a la orilla de la cama. - Coloca debajo de los hombros y cabeza de la persona la sabana clínica en "u", luego el ahulado y un campo o pañuelo en triángulo. - Taponea oídos con algodón y cubre ojos con toalla facial. - Aplica vaselina alrededor de la línea del cabello. 	
		<p>¿La persona presenta alguna anomalía durante el procedimiento?</p> <p>SI: suspende procedimiento y reporta al médico. Pasa actividad 5.</p> <p>NO: continua con el procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubre la cabeza con el campo o pañuelo dejando el tiempo, según indicación farmacológica y retira toalla facial. - Descubre la cabeza, desenreda el cabello, pasa el peine fino y va limpiando este con papel higiénico. - Lava el cabello, quitando inmediatamente los residuos de la solución pediculicida y secado posterior del mismo. - Cambia ropa de cama después de efectuado el procedimiento. - Retira biombo y deja cómoda a la persona. Pasa actividad 5. 	Marco regulatorio: 2, 3, 9.	
5		Realiza cuidado posterior del equipo.	Al finalizar el procedimiento coloca peine en solución desinfectante, retira y limpia equipo de pediculosis, coloca ropa en bolsa roja identificada y se retira el equipo de protección personal utilizado. Pasa actividad 6.	Marco regulatorio: 22.
6		Registro oportuno de los datos.	Realiza registro del procedimiento realizado. Pasar a fin.	Marco regulatorio: 4 Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

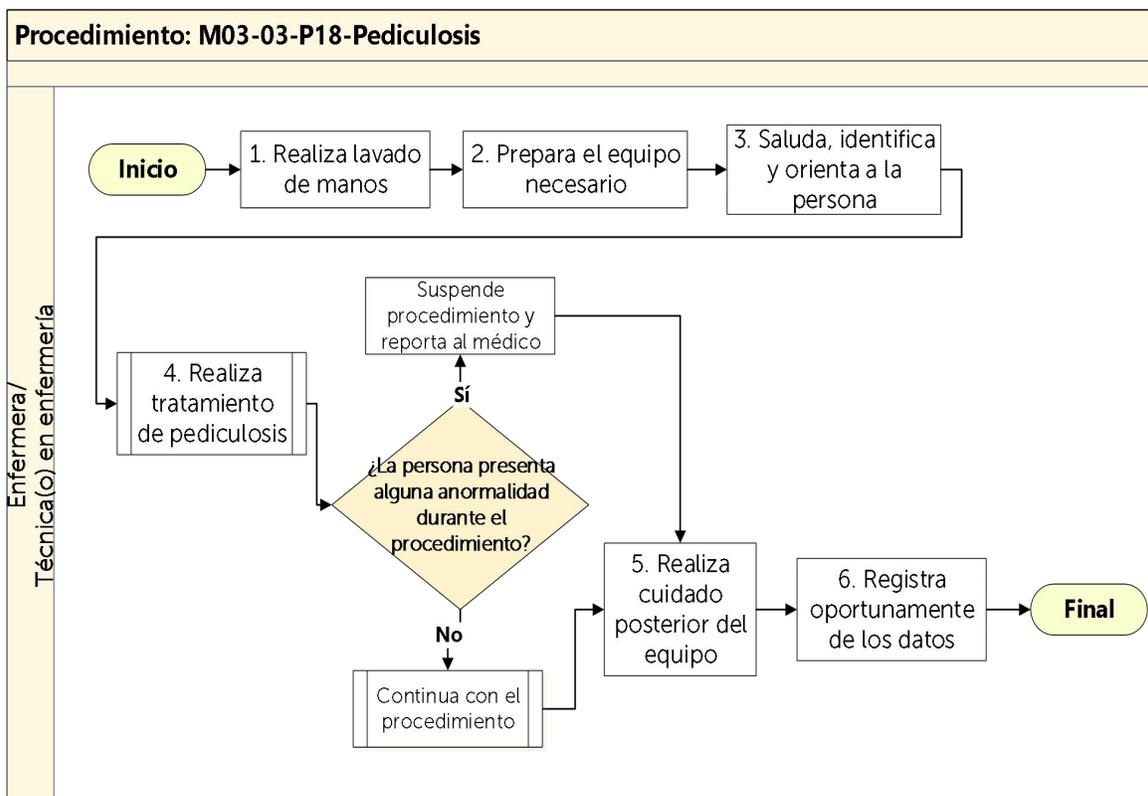


Figura 18: Diagrama del procedimiento M03-03-P018-Pediculosis.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

12. M03-03-P19-Aspirado de secreciones

a. Objetivo

Mantener la permeabilidad de la vía aérea mediante la aspiración de secreciones vía oral y nasofaríngea que favorezca el intercambio gaseoso pulmonar y evite complicaciones causadas por la acumulación de las mismas.

b. Alcance

Inicia desde el lavado de manos previo al procedimiento y finaliza con el registro de todas las actividades e intervenciones desarrolladas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 65 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P19-Aspirado de secreciones				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2, 9.
2		Realiza limpieza y desinfección del área.	Ordena y desinfecta mesa de procedimientos. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 1
3		Prepara el equipo necesario.	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica el buen funcionamiento del aspirador y fuente de oxígeno. - Prepara el equipo a utilizar: equipo para el aseo oral colutorio (clorhexidina), equipo de protección personal completo (gorro, mascarilla, gafas y gabachón), aparato de aspirar, sonda de aspirar de diferente calibre, tubos conectores flexibles, guantes estériles, vasija estéril, agua estéril, solución salina, campo estéril, ambú conectado a oxígeno, jeringas de 10ml y 5ml, gasas o torundas estériles, alcohol gel, tijera estéril, depósito para desechos. Pasa a actividad 4. 	Marco regulatorio: 26.
4		Saluda, identifica y orienta a la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. - Verifica indicación médica y condición del estado de la persona (aumento de frecuencia respiratoria, hipotensión, intranquilidad y ansiedad, secreciones visibles, cambios en la coloración de la piel, tos ineficaz, estertores y sibilancias). <p>¿La persona tiene contraindicaciones para la aspiración? Si: reporta al médico y no realiza la aspiración. Pasa a fin. No: Continúa con el procedimiento. Pasa a actividad 5.</p>	Marco regulatorio: 9.
5		Aspira secreciones bronquiales.	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca gorro, mascarilla, gabachón y lentes protectores. - Realiza aseo oral según técnica de acuerdo al estado de conciencia del paciente. - Abre empaque de gasa estéril, sonda y se calza guantes estériles utilizando técnica aséptica. - Toma gasa estéril y sonda con la mano dominante. - Conecta la sonda de aspirar al tubo conector flexible. - Humedece la sonda en solución salina. - Aumentar la FIO2 si es necesario para el momento de aspirar. - Sedar a la persona si es necesario por indicación médica. - Aspira cavidad oral, introduciendo la sonda 	



Procedimiento: M03-03-P19-Aspirado de secreciones				
N°	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera.		<p>sin ocluir el orificio, posteriormente debe de ocluir y rotar la sonda para aspirar secreciones en un tiempo de no más de 15 segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza cambio de sonda para aspirar tubo endotraqueal. - Observa en cada aspiración estado general de la persona. <p>¿Presenta alguna anomalía durante el procedimiento? SI: presenta complicaciones durante aspiración, suspende la aspiración, coloca oxígeno y reporta inmediatamente al médico. Pasa a fin. NO: continúa aspirando. Pasa a actividad 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpia secreciones de sonda con gasa estéril y aspira agua estéril las veces necesarias posterior a cada aspiración. - Realiza aseo oral al finalizar la aspiración (según necesidad) con la mano no dominante y aspira boca. - Protege el tubo conector flexible con la bolsa de la sonda que ya utilizó. - Desconecta sonda del tubo conector flexible, retira guante de mano dominante y descarta junto con la sonda en los desechos bio infecciosos. - Protege el tubo conector flexible con la bolsa de la sonda que ya utilizó. - Retira el otro guante. 	
6	Enfermera.	Realiza cuidado posterior del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca guantes limpios. - Descarta secreciones y lava frasco con detergente y agua. - Realiza desinfección del frasco de aspirar con solución de alto nivel. - Coloca frasco desinfectado en el equipo de succión. Pasa a la actividad 7. 	Marco regulatorio: 22.
7		Registra actividades e intervenciones realizadas.	Registra en el expediente de la persona el cumplimiento de todas las intervenciones realizadas. Pasa a fin.	
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

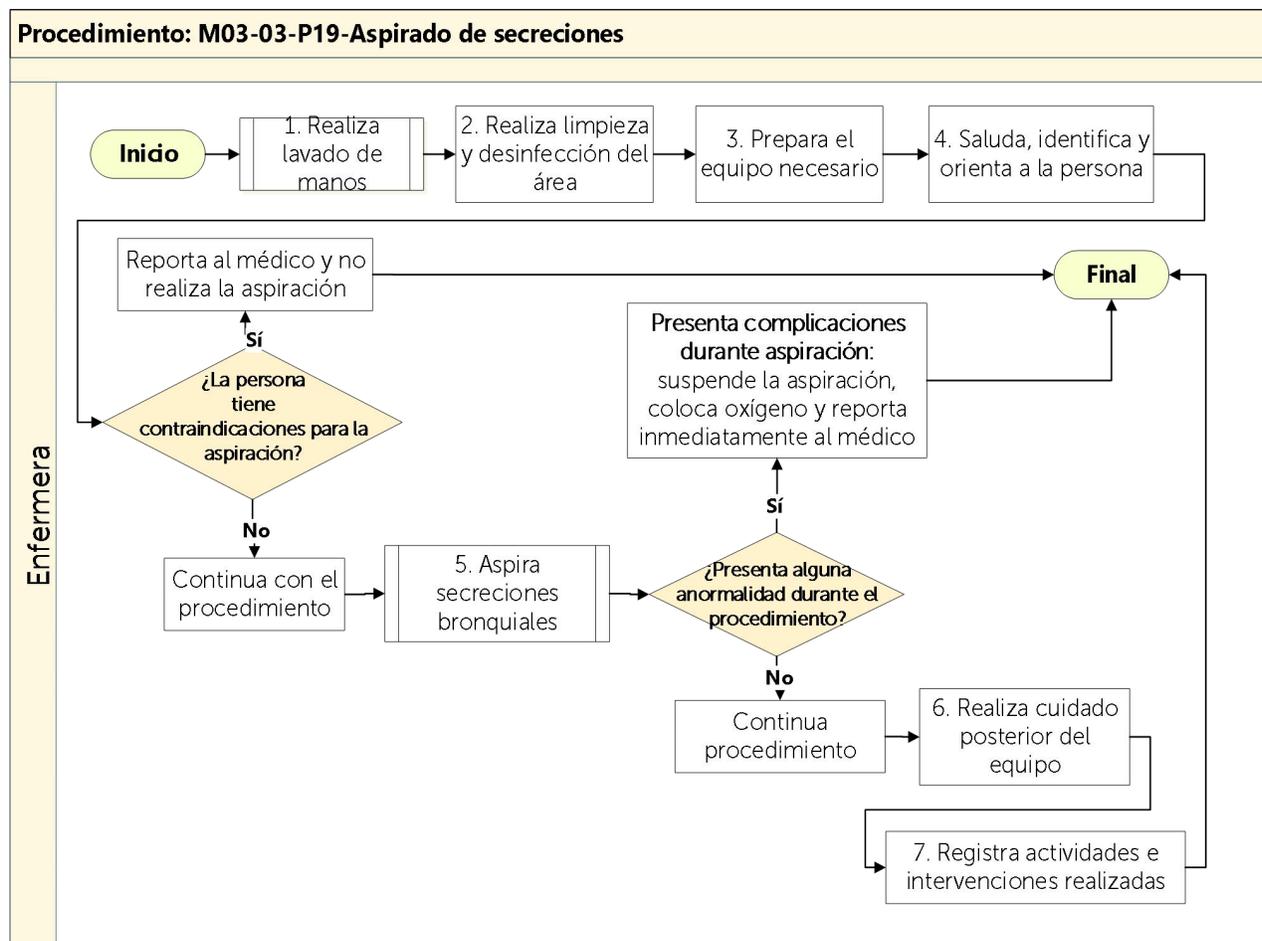


Figura 19: Diagrama del procedimiento M03-03-P019-Aspirado de secreciones.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

13. M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical

a. Objetivo

Prevenir el riesgo de infección y la distensión de la vejiga producida por la retención de orina, mediante la inserción de una sonda vesical, permitiendo un drenaje continuo.

b. Alcance

Inicia desde el lavado de manos previo al procedimiento y finaliza con el registro de todas las actividades e intervenciones desarrolladas.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 68 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 2
2		Realiza limpieza y desinfección del área.	Verifica que personal de servicios generales ha realizado la limpieza del área. Ordena y desinfecta mesa de procedimientos. Pasa actividad 3.	Marco regulatorio: 1
3		Prepara el equipo necesario.	<p>Equipa la mesa de procedimientos con el material e insumo siguiente.</p> <p>Equipo estéril:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de aseo para genitales: descrito en el procedimiento de aseo vulvar que se encuentra en la página 73 a la 74 del "Manual de facilitadoras/es de enfermería de la RISS en salud sexual y reproductiva, 2013". - Equipo de cateterismo conteniendo: bandeja de acero inoxidable, 1 campo corriente, 1 campo hendido, 2 escudillas, 1 tijera, pinza auxiliar, 11 torundas de algodón, torundas de gasa, guantes no estériles y estériles, soluciones antisépticas (jabón yodado, clorhexidina), agua estéril, pinza de transferencia, sonda Foley de diferente calibre de 2 vías, sistema cerrado de recolección de orina o tubo recolector, jeringa de 10 cc, agua bidestilada (ampolla de 10cc), lubricante hidrosoluble estéril y frasco para toma de muestra si es necesario <p>Equipo no estéril: biombo, pato, ahulado, esparadrapo, bolsa para descarte de bioinfeccioso, cinta umbilical, una sábana clínica, lámpara de cuello de ganso (si es necesario). Pasa a la actividad 4.</p>	Marco regulatorio: 21.
4		Saluda identifica y orienta a la persona.	Se presenta por su nombre y cargo con la persona. Coloca a la persona en posición cómoda y verifica referencia, orienta sobre el procedimiento a realizar, pregunta si es alérgico a algún antiséptico o presenta alguna anomalía (dolor, disuria, tenesmo). Pasa actividad 5.	Marco regulatorio: 9
5		Observa características de la orina (coluria, piuria, otros).	<p>¿Cuál es el sexo de la persona a quién le realizará el cambio de sonda? Mujer. Hombre.</p> <p>¿Persona tiene sonda colocada?</p> <p>Si: ¿Se observan anomalías?</p> <p>Si: reporta al médico y suspende procedimiento. Pasa a fin.</p> <p>No: Pasa a actividad 6.</p> <p>NO: la sonda se salió y la persona la necesita. Pasa a actividad 7.</p>	Marco regulatorio: 6
6		Realiza retiro	- Coloca biombo.	



Procedimiento: M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
		de sonda.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza lavado de manos. - Se coloca equipo de bioseguridad según normativa - Coloca a la persona en posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y piernas separadas y coloca pato y ahulado. - Coloca sábana clínica diagonalmente y cubre la región perineal, la acomoda cubriendo las piernas y pies en caso de usuaria femenina. - Ajusta la luz de la lámpara cuello de ganso si es necesario. - Vacía la orina de la bolsa a un pato u orinal y orienta a la persona para que previamente la vacíe en el baño. - Mueve el tubo de la sonda en un círculo completo hacia la izquierda y a la derecha para asegurar que este se mueva libremente, inserta una jeringa en el puerto del globo de la sonda y aspira el agua, solicita a la persona que inspire profundamente y luego exhale para vaciar los músculos del suelo pélvico, al exhalar hala suavemente la sonda para retirarla y la descarta en depósito para bioinfeccioso. Pasa actividad 7. 	regulatorio: 2, 14.
7	Enfermera.	Realiza inserción de la sonda a usuaria.	<p>En hombre y mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca biombo. - Realiza lavado de manos. - Se coloca equipo de bioseguridad, según normativa. - Sirve el material en el campo estéril, jabón yodado o clorhexidina en una vasija y en la otra agua estéril, una curación estéril, torundas, sonda Foley, jeringa cargada con agua bidestilada. - Abre del extremo distal sonda vesical y tubo de la bolsa colectora y deja preparada. - Realiza prueba del balón para verificar integridad de la sonda. - Coloca a la persona en posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y piernas separadas y coloca pato y ahulado. - Coloca sábana clínica diagonalmente y cubre la región perineal y la acomoda cubriendo las piernas y pies. - Ajusta la luz de la lámpara "cuello de ganso" si es necesario. - Realiza aseo de genitales (hombre/mujer) según procedimiento. - Retira "pato". - Toma una pinza con torunda de algodón empapada de jabón yodado y clorhexidina, con la mano hábil. - Realiza la asepsia sin ejercer presión, ni 	Marco regulatorio: 21.



Procedimiento: M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera.		<p>fricción de manera circular, partiendo del meato hacia la periferia, sin regresar y descarta la torunda en vasija de desechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retira con una torunda de algodón con agua estéril o solución salina el antiséptico con movimientos circulares del centro a la periferia. - Descarta la pinza en depósito con agua jabonosa. - Coloca un campo estéril bajo los glúteos con la mano no dominante y campo hendido sobre genitales con la mano dominante. - Estimula la relajación de la persona induciéndolo a respirar profundamente durante la introducción de la sonda. - Toma la sonda vesical con la mano hábil y se la enrolla sobre la misma; luego con los dedos índice y pulgar sujeta el extremo proximal y la lubrica. <p>En mujeres: con la mano no dominante, separe los labios menores e introduzca la sonda lentamente, realice rotación leve por el meato urinario, hasta que salga orina por el tubo de drenaje e introduce de 2 a 5 cm. Retira el dedo medio del labio y sostiene la sonda entre el pulgar y el dedo medio manteniéndola fija al meato, lleva la válvula del sistema del balón hasta el pulgar e índice y sujeta firmemente entre estos.</p> <p>En hombres: Sujeta el pene con la mano no dominante, utilizando la gasa simple y retrae el prepucio elevándolo en un ángulo de 60 a 90 grados. Realiza asepsia con jabón yodado o clorhexidina mediante movimiento suave del centro a la periferia. Agrega lubricante e inserta suavemente la sonda entre 17 a 22 cm hasta que fluya la orina al tubo colector, luego introduce dos centímetros más. No forzar la entrada de la sonda por el riesgo de crear una falsa vía. Conecta la sonda al tubo de conexión de la bolsa recolectora, verifica previamente que la válvula de vaciamiento de la bolsa este cerrada. Retira gasa, reposiciona el prepucio y seca.</p> <p>En hombre y mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma con la mano hábil la jeringa, e insufla el balón con 5 - 10cc de agua bidestilada. Hala suavemente la sonda para corroborar que esta fija. - Fija la sonda con cinta quirúrgica por el punto de bifurcación en la vía para el agua sobre la parte proximal media del muslo y coloca la bolsa colector de orina por debajo del nivel de la vejiga, sin ponerla en el piso. 	

Procedimiento: M03-03-P20-Colocación y retiro de sonda vesical				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<ul style="list-style-type: none"> - Retira ahulado. - Identifica la sonda con fecha, hora, número de sonda y profesional que realizó el procedimiento en la bolsa colectora. - Proporciona ayuda a la persona para ponerse cómoda y orienta al cuidado del sistema de sondaje. Pasa actividad 8. 	
8		Realiza cuidado posterior del equipo según técnica.	Realiza limpieza del equipo utilizado. Retira guantes y se lava las manos. Deja ordenada el área y la mesa. Pasa a actividad 9.	Marco regulatorio: 3.
9		Registra actividades desarrolladas.	Hace nota de enfermería describiendo procedimiento desarrollado y anomalías presentadas. Pasar a fin.	Marco regulatorio: 4.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

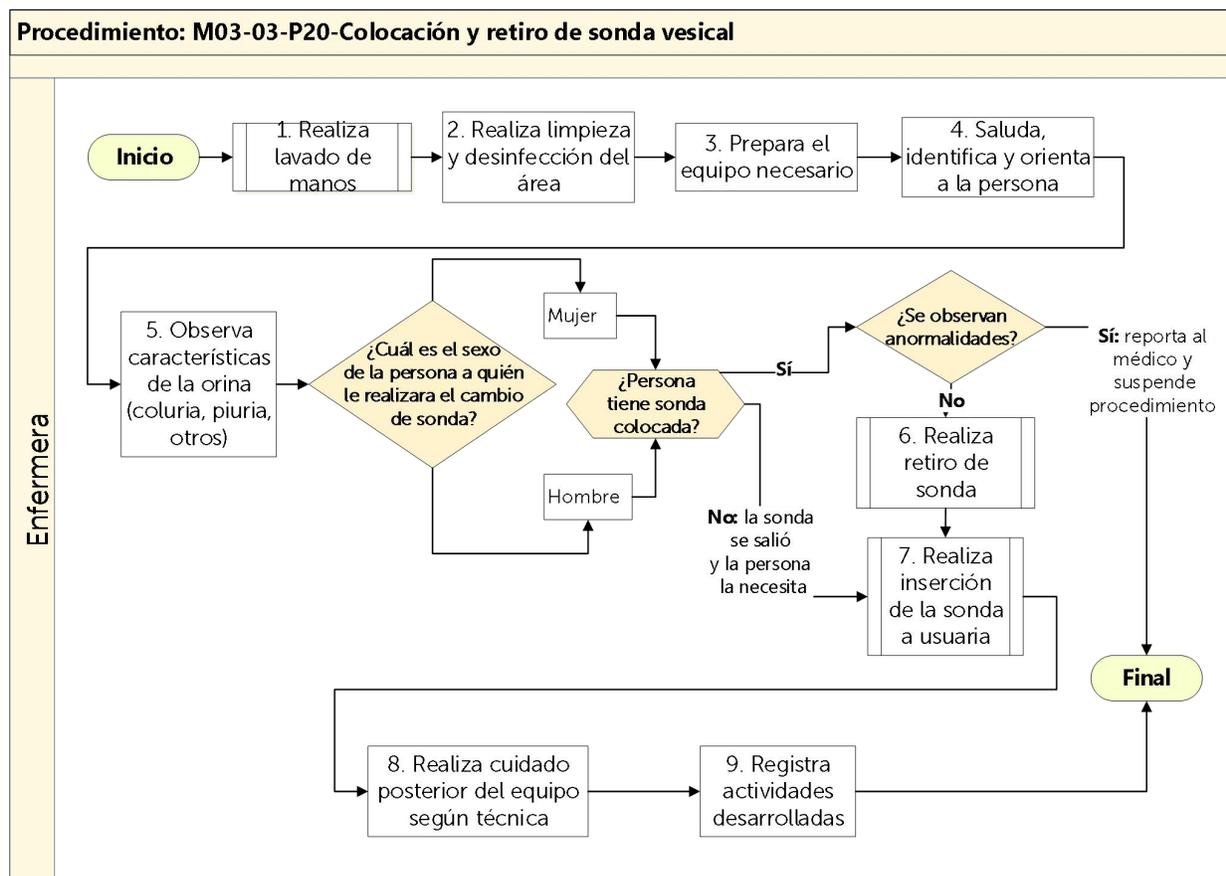


Figura 20: Diagrama del procedimiento M03-03-P020-Colocación y retiro de sonda vesical.
 Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 72 de 139

14. M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama

a. Objetivos

Contribuir a la seguridad en salud a través de la ejecución de medidas orientadas a la prevención identificación y disminución de riesgos de úlceras por presión en la persona hospitalizada, a fin de elevar la calidad del cuidado dispensado por el personal de enfermería y reducir las repercusiones personales, familiares e institucionales.

b. Alcance

Inicia con el lavado de manos, brinda los cuidados y finaliza con el registro del cambio postural realizado.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Identifica personas con criterios de riesgo de UPP.	En cada turno personal asignado a cambios de posición, identifica las personas con criterios de riesgo mediante la aplicación de escala Braden. (Anexo 17) y la escala NSRAS para neonatos (Anexo 18). Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 9, 28. Anexo 17, Escala Braden
2		Aplica las escalas Braden o NSRAS.	Aplica la escala a la persona según criterios de riesgo: Escala Braden para niños/as, personas adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores con grado de dependencia. Escala NSRAS para la persona recién nacida. Pasa a la actividad 3.	Anexo 18, Escala NSRAS para la persona recién nacida.
3	Enfermera/o responsable de servicio.	Elabora lista de personas con riesgo de UPP.	Elabora lista de personas con riesgo a quienes se les aplicará plan de cuidado para la prevención de UPP. Anexo 19. Pasa a la actividad 4.	Marco regulatorio: 9, 28. Anexo 19: Plan de cuidados de enfermería en personas que presentan riesgo de presentar UPP.
4		Gestiona y controla los insumos.	Gestiona y controla los insumos necesarios para el cuidado de la piel y mucosas. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 9, 28.
5	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 6.	Marco regulatorio: 1, 2.



Procedimiento: M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
6	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Prepara equipos y dispositivos mecánicos necesarios.	Prepara dispositivos mecánicos (sábanas, almohadas, soporte de talón, círculos enguataados, flotadores circulares), crema para cuerpo, equipo de higiene de genitales, colchón de agua y de aire, férulas, pañales desechables y otros que se necesiten. Pasa a la actividad 7.	Marco regulatorio: 9,28.
7		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Informa a la persona y familiar sobre la técnica a realizar. Informa el horario de cambios de posición establecidos, respetando las horas de sueño. Proteger la intimidad de la persona. Mantiene precaución si persona tiene accesos venosos, sondas, cánulas u oxígeno para evitar movimientos bruscos y tirones. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 9, 28.
8		Valora tipo de cambio de posición.	Utiliza escala de Branden y escala NSRAS. Realiza cambios de pañal si fuera necesario (orinado y defecado) y lubricar piel con apoyo del personal asignado de la persona. Coloca a la persona sobre un colchón o cama terapéutica. ¿Existe contraindicación de cambio postural? SI: Cumple dispositivos mecánicos según indicación médica. Pasa a la actividad 9. NO: Cumple cambios posturales según necesidad. ¿Qué tipo de cambio postural realizará? Posición decúbito supino o dorsal (anatómica). Decúbito dorsal izquierdo y derecho. Decúbito prono (ventral). Posición de Fowler. En todos los cambios cumplir lo siguiente de acuerdo a la posición necesaria: - Gira a la persona inmovilizada. - Observa si hay zonas de enrojecimiento, fuentes de presión y fricción, realiza masaje y lubrica la piel. - Utiliza los dispositivos mecánicos de acuerdo a las prominencias óseas a proteger. - Lubrica la piel del cuerpo según necesidad de la persona. - Deja cómoda a la persona de forma que no se limite su capacidad funcional. Pasa actividad 9. Posición decúbito supino o dorsal (anatómica): - Coloca a la persona sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos alineados a lo largo del cuerpo. - Coloca una pequeña almohada que	Marco regulatorio: 9, 23, 24, 28.



Procedimiento: M03-03-P21-Cambios posturales de la persona en cama

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
	Enfermera/ Técnico en enfermería.		<p>sostiene la cabeza, esta debe estar alineada con la columna vertebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos. - Posición decúbito lateral izquierda y derecha. - Coloca a la persona de lado, las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo. Pasa actividad 9. - Coloca almohada pequeña en la cabeza en línea recta con la columna vertebral, una en la espalda, otra que sostenga los brazos y otra más sosteniendo el peso de la pierna. Posición decúbito prono. - Coloca a la persona sobre su abdomen y pecho, con la cabeza girada lateralmente, las piernas extendidas y los brazos a los lados. - Coloca una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión y otra debajo de las piernas para relajar los músculos. 	
			<p>Posición Fowler.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca a la persona semisentada formando un ángulo de 45° con las piernas flexionadas y los pies en flexión dorsal. - Coloca un par de almohadas debajo de las rodillas. Pasa actividad 9. 	Marco regulatorio: 9, 23, 24.
9		Realiza cuidado posterior del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordena el área, retira material utilizado y realiza cuidado posterior del equipo utilizado durante el procedimiento. - Coloca en área designada para su resguardo. Pasa a la actividad 10. 	Marco regulatorio: 3.
10		Registra actividades realizadas.	Registra actividades realizadas en hoja de anotaciones de enfermería del expediente clínico y en hoja de registro de personas con riesgo de UPP. Pasa a la actividad 11.	Marco regulatorio: 4.
11	Enfermera/o responsable de servicio.	Realiza supervisión del cumplimiento de procedimiento.	Realiza la supervisión directa del cumplimiento de las actividades propias de la asignación, utilizando herramienta para su evaluación. Monitorea y evalúa cumplimiento de actividades. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 28.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

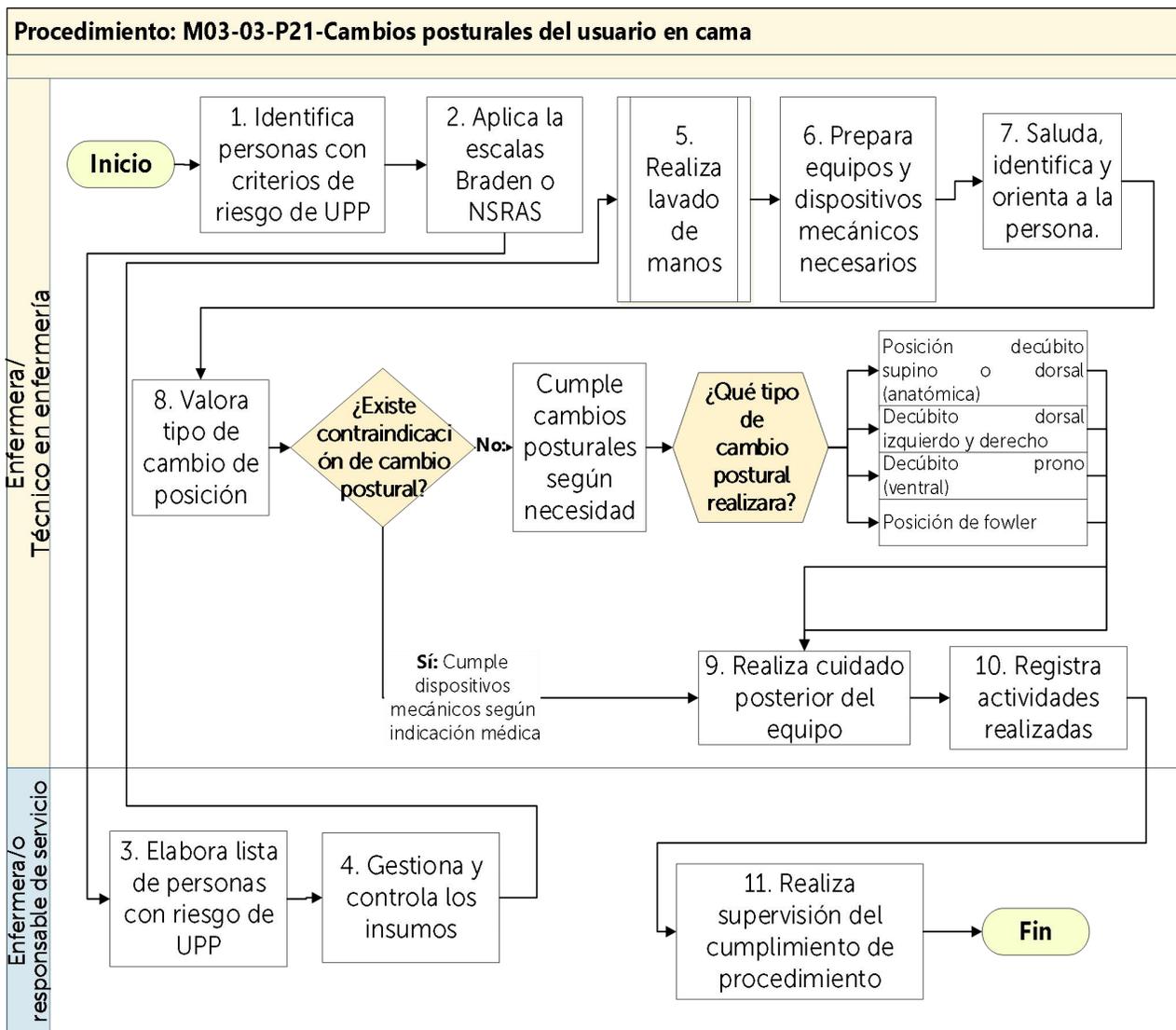


Figura 21: Diagrama del procedimiento M03-03-P021-Cambios posturales de la persona en cama.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 76 de 139

Procedimientos para la atención de enfermería en el cumplimiento del tratamiento a la persona

Marco regulatorio para los procedimientos de este subproceso.

La normativa necesaria para el cumplimiento de todos los procedimientos descritos, está detallada en el marco regulatorio descrito a continuación. Estos se detallan según numeración en la casilla de "Registro y normativa a utilizar" del cuadro descriptivo.

Marco normativo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamiento_Bioseguridad.pdf 2. Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la infección sanitaria. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaprevencionycontrolde lasinfeccionesasociadasalaatencionensaludIAAS-Acuerdo-2933.pdf 3. Lineamientos técnicos para la descontaminación de material médico quirúrgico en los establecimientos de las RIIS. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_material_quirurgico_riiss.pdf 4. Lineamientos Notas de Enfermería. http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de-enfermeria-lineamientos.pdf 5. Lineamientos técnicos para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosaplicacionprocesoatencionenfermeriariisv1.pdf. 6. Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf 7. Ley de deberes y derechos de personas y prestadores de servicios de salud https://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/regulacion/ley_derecho_personas.pdf 8. Lineamientos técnicos para la atención en cuidados paliativos para el Sistema Nacional Integrado de Salud http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionencuidadospaliativosp araelSNIS-Acuerdo-2943-v1.pdf 9. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/normatecnica deatencionintegralensaludalapersonaadultamayor.pdf 10. Manual de procedimientos de enfermería. Tomo I. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p1.pdf http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfermeria_t1_p2.pdf 11. Guía para la gestión de los desechos sólidos con disposición final en celdas de seguridad http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_desechos_solidos_d_final_celdas_segurid.pdf 12. Manual de procesos y procedimientos de atención de salud integral en hospitalización. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosdeatenciondesaludintegrale nhospitalizacion-Acuerdo-660_v1.pdf 13. Manual de procesos y procedimientos para proporcionar atenciones de salud integrales en emergencias http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manualdeprocesosyprocedimientosparaproponeratencionesdesaludintegralesenemergencias-Acuerdo-2939_v1.pdf 14. Manual para Facilitadoras/es de Enfermería de la RIIS en Salud Sexual y Reproductiva http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_facilitadores_riiss_salud_sexual.pdf 15. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_integral_menor_diez_v1.pdf 16. Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2 http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalavacunacioncontraelSARS-CoV-2-Acuerdo-268_v1.pdf 17. Lineamientos técnicos para la conservación de la cadena de frío http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaconservaciondelacadenafrio-Acuerdo-1406_v1.pdf

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 77 de 139

1. M03-03-P22-Administración de medicamentos por vía tópica

a. Objetivo

Contribuir al tratamiento de la persona para disminuir infecciones, prurito e inflamación al administrar fármacos en estado líquido o semisólido a nivel de la piel.

b. Alcance

Inicia desde el lavado de manos y finaliza con el registro de la atención brindada a la persona.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento M03-03-P22-Administración de medicamentos por vía tópica				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Realiza limpieza y desinfección del área.	Verifica que el área este limpia, ordenada y equipa carro. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 1, 2, 3.
3		Prepara el equipo necesario.	Prepara el equipo el cual debe contener: <ul style="list-style-type: none"> - Indicación en expediente clínico. - Medicamento (frasco, tubo, linimento entre otros). - Guantes limpios. - Gasa estéril individual. - Hisopos. - Vendas de gasa estériles. - Depósito para desechos comunes y bioinfecciosos. - Frascos conteniendo bajalenguas estériles individuales. Pasa a la actividad 4. 	Marco regulatorio: 1, 2, 10.
4		Saluda, identifica y orienta a la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Saluda e Identifica a la persona. - Se presenta por su nombre y cargo. - Orienta sobre procedimiento a realizar, nombre del medicamento y uso, efectos colaterales, indaga sobre alergias al fármaco. - Coloca a la persona en posición cómoda, si es niño/a orienta a su acompañante y previene movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. Pasa a la actividad 5. 	Marco regulatorio: 7.



Procedimiento M03-03-P22-Administración de medicamentos por vía tópica				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
5	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Prepara medicamento a cumplir.	<p>Aplica las medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería. Anexo 20.</p> <p>¿Cuál es la presentación del medicamento prescrito?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungüento. - Líquido. - Linimento. Pasa la actividad 6. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 4, 7, 10.</p> <p>Anexo 20.</p>
6		Aplica medicamento vía tópica.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumple medicamento de acuerdo a presentación del mismo: - Ungüento: realiza limpieza o curación del área donde se aplicará, aplica medicamento usando baja lengua y lo distribuye uniformemente. - Líquido: agita antes de usar y con gasa estéril aplica con pequeños golpecitos sobre la piel. - Linimento: (preparación menos espesa que el ungüento, aceites y bálsamos). Frota sobre la piel con las manos utilizando movimientos largos y suaves. - Orienta a la persona o familiar sobre la importancia de la aplicación continua del medicamento. Pasa la actividad 7. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 4, 7, 10.</p>
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos comunes y bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa a la actividad 8.	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 3, 11.</p>
8		Registra cumplimiento de medicamento y reporte de anomalías.	Observa a la persona, interpreta el estado del área afectada y registra cumplimiento de medicamento. Pasa a fin.	<p>Marco regulatorio: 4.</p>
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

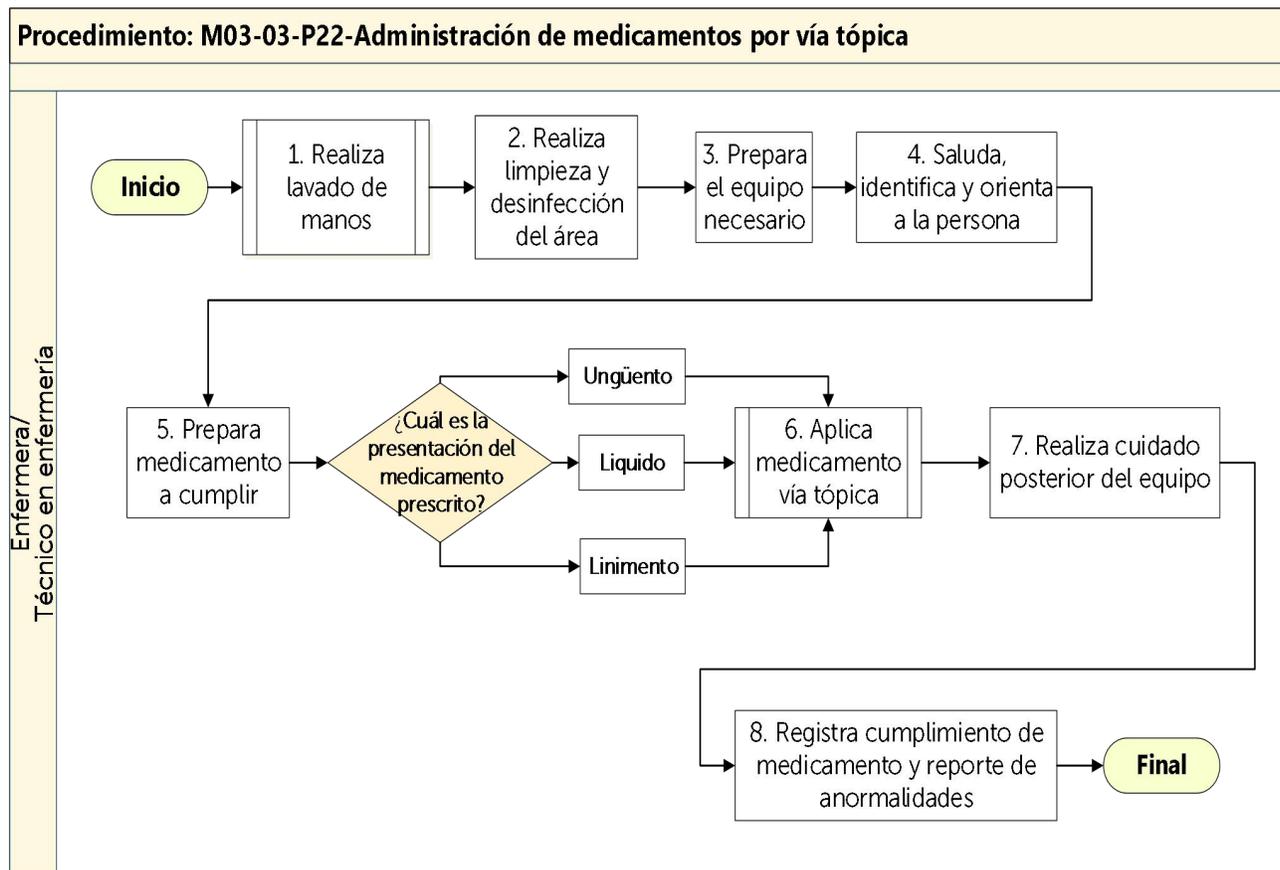


Figura 22: Diagrama del procedimiento M03-03-P022-Administración de medicamentos por vía tópica.
Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

2. M03-03-P23-Administración de medicamentos por vía oral

a. Objetivo

Cumplir tratamiento por vía oral sin riesgos para la persona, mediante la preparación y administración de medicamentos por la boca, para lograr un efecto terapéutico en el organismo a través de la absorción que tiene el tracto digestivo.

b. Alcance

El procedimiento inicia desde el lavado de manos, cumplimiento del medicamento y finaliza con el registro de la atención.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 80 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento M03-03-P23-Administración de medicamentos por vía oral				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención y toma en cuenta que puede usar alcohol gel hasta con cinco personas, siempre y cuando no tenga contacto con fluidos corporales. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	<p>Aplica las medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería. Anexo 20. Verifica que se ha realizado la limpieza del área. Ordena y equipa el carro. Verifica indicación médica: tablet, tarjeta, o receta del medicamento. Prepara una bandeja con el equipo para la administración de medicamentos, conteniendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tijera. - Medicamento. - Jeringas de diferentes medidas. - Copa graduada, cuchara, cucharita estándar, jeringas, entre otros. - Gotero, vasos o conos descartables. - Recipiente con agua potable o apta para el consumo humano. - Depósito con agua jabonosa y uno para desechos comunes. - Frascos conteniendo bajalenguas. - Frasco conteniendo alcohol gel. - Mortero. Pasa actividad 3. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 10.</p> <p>Anexo 20.</p> <p>Expediente clínico.</p>
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Saluda e identifica a la persona. - Se presenta por su nombre y cargo con la persona, orienta sobre procedimiento a realizar, nombre del medicamento y uso, efectos colaterales e indaga posibles alergias al fármaco. - Coloca a la persona en posición cómoda, si es niño orienta a su acompañante y previene movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. Pasa actividad 4. 	Marco regulatorio: 7.
4		Prepara medicamento indicado.	<p>Aplica las medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería. Anexo 20.</p> <p>¿Cuál es la presentación del medicamento prescrito?</p> <p>Tabletas o cápsula.</p> <p>Líquido: Pasa a la actividad 5.</p>	
5		Sirve medicamento indicado.	<p>De acuerdo a la presentación del medicamento se sirve, tomando en cuenta si es tableta, cápsula o líquido.</p> <p>¿Por qué vía se administra?</p> <p>Oral. Pasa a la actividad 6.</p> <p>Sublingual. Pasa a la actividad 7.</p>	Marco regulatorio: 7.



Procedimiento M03-03-P23-Administración de medicamentos por vía oral

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
6		Administra medicamento por vía oral.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica nuevamente a la persona, preguntándole su nombre. - Explica el procedimiento y aspectos importantes del medicamento a administrar. - Solicita a la persona que tome una posición cómoda, según su estado. - Proporciona el medicamento verificando nuevamente su nombre. - Proporciona a la persona un vaso con agua. - Verifica que la persona degluta el medicamento. - Observa si se presentan o exacerban las manifestaciones clínicas de intolerancia al medicamento. Pasa actividad 8. 	Marco regulatorio: 1, 2, 4, 7, 10.
7		Administra medicamento por vía oral y sublingual.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica nuevamente a la persona, preguntándole su nombre. - Explica el procedimiento y aspectos importantes del medicamento a administrar. - Solicita a la persona que tome una posición cómoda, según su estado. - Proporciona el medicamento verificando nuevamente su nombre. - Verifica que la persona se coloque o coloca según estado de la persona el medicamento debajo de la lengua, explica que no debe ingerirlo. - Observa si se presentan o exacerban las manifestaciones clínicas de intolerancia al medicamento. Pasa actividad 8. 	Marco regulatorio: 1, 2, 4, 7, 10. Expediente clínico.
8		Realiza cuidado posterior del equipo según técnica.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza limpieza del instrumental utilizado, según lineamiento de descontaminación de material médico quirúrgico. - Deja limpio y ordenado el carro de medicamentos. - Deja limpia y ordenada el área. Pasa actividad 9. 	Marco regulatorio: 3, 11.
9		Registra cumplimiento de medicamento y reporte de anormalidades.	Registra el procedimiento en expediente clínico e interpreta el estado de la persona. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento.				

e. Diagrama de flujo

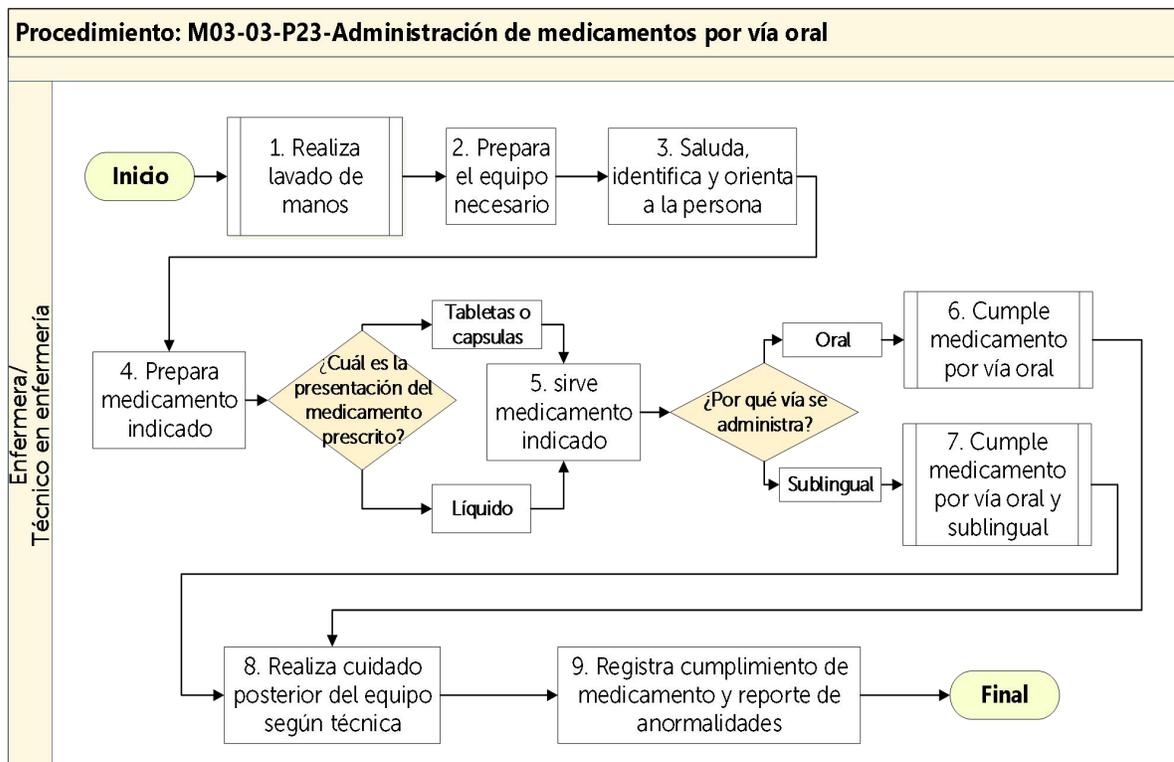


Figura 23: Diagrama del procedimiento M03-03-P023-Administración de medicamentos por vía oral.
 Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

3. M03-03-P24-Venopunción

a. Objetivo

Canalizar con técnica aséptica una vía intravenosa perforando la piel de la persona con un dispositivo estéril para un acceso directo a la circulación venosa, y ser utilizada para administrar líquidos y/o medicamentos en forma continua o transitoria, de acuerdo a la patología e indicación médica.

b. Alcance

El procedimiento inicia con la preparación del equipo, desarrollo de la venopunción y finaliza con el registro de actividades en expediente clínico.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 83 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P24-Venopunción				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, cargo y orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa actividad 3.	Marco regulatorio: 10.
3	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Prepara el equipo a utilizar.	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca gorro y mascarilla. - Aplica las medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería. Anexo 20. - Dispone el equipo necesario para una venopunción: Paquete individual de venopunción estéril, (conteniendo: dos escudillas o depósitos con 3 torundas de algodón) una gasa pequeña, apósito transparente o esparadrapo, dos frascos de vidrio estériles con solución antiséptica alcohol al 70%, solución yodada al 10% o solución de clorhexidina al 2%, catéteres de diferente calibre, liga o torniquete, guantes limpios o estériles, sello venoso, descartable, jeringa de 1 o 3 ml, soluciones endovenosas o medicamentos indicados ahulado, bandeja, tijera, bolsa o recipiente para desechos bioinfecciosos, recipiente rígido para cortopunzante, gorro, mascarilla. - Corta adhesivo quirúrgico o prepara apósito transparente estéril. - Abre envoltorio de sello venoso, si se utilizará y el catéter a utilizar. - Desadaptada la funda protectora del catéter, dejándolo cubierto en el mismo equipo. - Vierte alcohol al 70%, solución de povidona al 10% o solución de clorhexidina al 2% en escudillas con algodones estériles. <p>¿Cuál es el propósito de la venopunción? Administrar soluciones para nutrición. Prepara equipo, asiste a la persona durante el procedimiento, registra intervención. Pasa a fin. Administrar quimioterapia. Administrar tratamientos terapéuticos por vía intravenosa, incluidos medicamentos. ¿Cumplirá tratamiento a través de dispositivo? SI: Utilizará sello venoso, abre jeringa de 1 o 3 ml y purga con solución salina normal. Pasa a la actividad a 4.</p>	Marco regulatorio: 2. Anexo 20.



Procedimiento: M03-03-P24-Venopunción				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			NO: Prepara la solución indicada y purga descartable. Pasa a la actividad a 4.	
4		Prepara persona para la venopunción.	Coloca a la persona en posición cómoda con la cabeza girada al lado contrario de la punción. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 1, 2.
5	Enfermera/ Técnico en enfermería.	Realiza venopunción.	<p>Selecciona vena y punciona.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegura que sea una vena distal y de preferencia en las extremidades superiores. - Coloca liga o torniquete de 5 a 10 cm. arriba del sitio a puncionar. - Localiza la vena a puncionar y calza guantes. - Aplica el antiséptico según normativa vigente, primero alcohol al 70% y posterior solución de povidona al 10% con una torunda del centro hacia la periferia más o menos de 15 a 20 cm arriba del sitio de inserción de la piel, espera 30 segundos antes de insertar el catéter. Utilizar clorhexidina en casos especiales. - Estabiliza la vena haciendo tracción de la piel hacia abajo, manteniendo la piel tensa en sentido contrario a la dirección de la punción, con el fin de lograr la colocación atraumática del catéter. - Inserta catéter en la piel, con el bisel hacia arriba en ángulo de 15 a 30 grados según la profundidad de la vena y siguiendo su trayectoria. - Observa la cámara trasera del catéter, verificando retorno sanguíneo, lo que indica permeabilidad de la vena. <p>¿Logra acceso venoso? SI: Pasa actividad 6. NO: desliga (tres intentos permitidos). Regresa a la actividad 3.</p>	Marco regulatorio: 1, 2.



Procedimiento: M03-03-P24-Venopunción				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
6		Cumple tareas complementarias a la venopunción.	<ul style="list-style-type: none"> - Afloja el torniquete y retira suavemente el mandril e introduce simultáneamente el catéter, una vez puncionada la piel reduce el ángulo para evitar perforar la vena manteniendo la tracción de la piel. - Hace presión sobre el extremo distal del catéter para que no fluya la sangre. - Retira totalmente el mandril y desecha en el contenedor para bioinfeccioso. - Adapta descartable o sello venoso, comprueba permeabilidad. - Coloca gasa estéril en sitio de inserción del catéter. - Fija el catéter por encima con adhesivo quirúrgico o coloca el apósito transparente estéril. - Coloca tira de adhesivo quirúrgico por debajo del catéter, luego otro en forma cruzada alrededor del catéter. - Se retira los guantes. - Fija por completo el catéter, utilizando una tira de adhesivo quirúrgico por encima, hasta el cono de conexión del catéter venoso e identifica con hora, fecha, número de catéter y persona responsable que lo colocó. - Fija el descartable, si se le colocara líquidos endovenosos. Pasa actividad 7. 	Marco regulatorio: 1, 2.
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 1, 2, 11.
8		Registra oportunamente intervenciones realizadas.	Realiza registro de procedimiento e interpreta y evalúa el estado de la persona. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

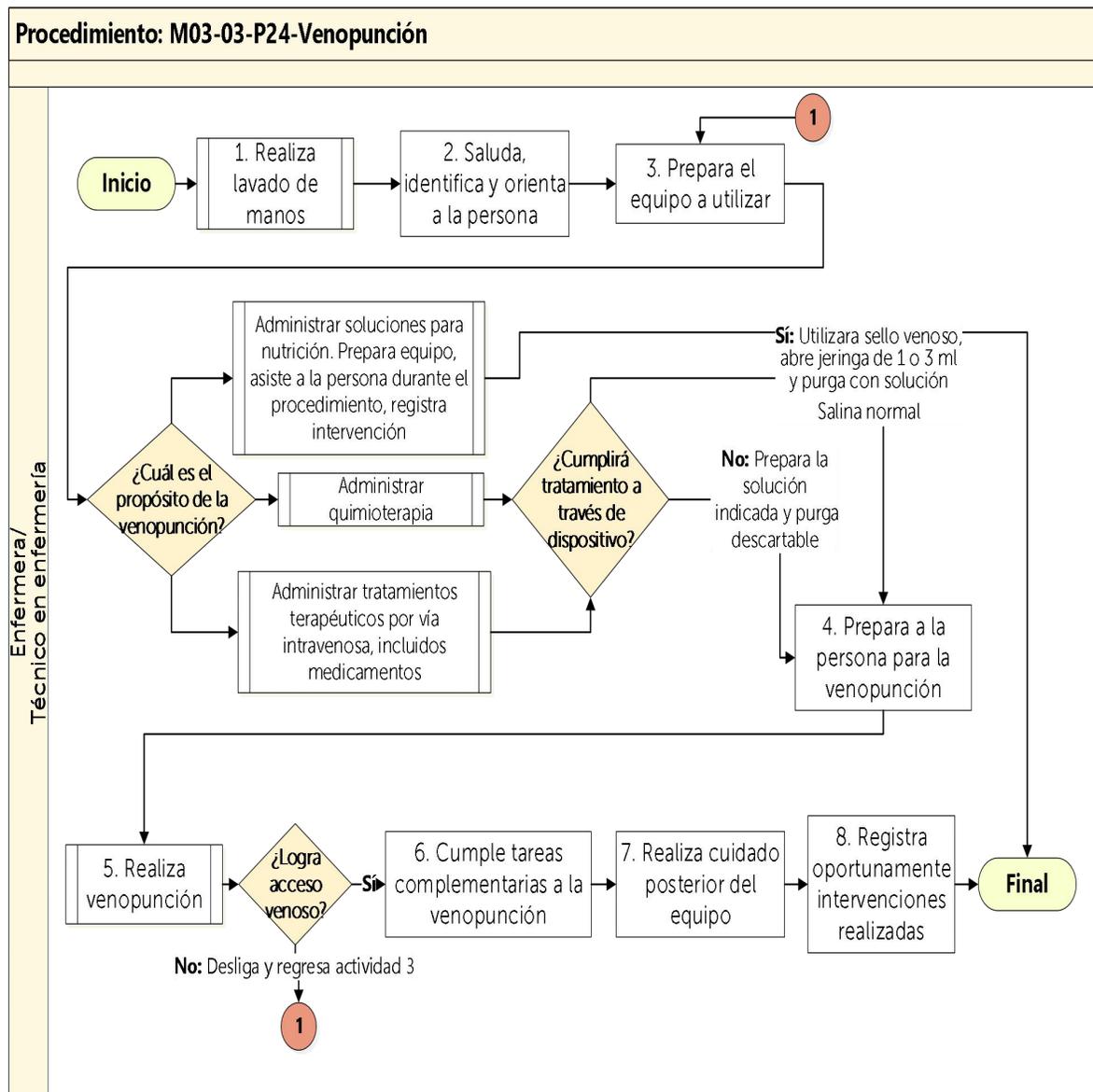


Figura 24: Diagrama del procedimiento M03-03-P024-Venopunción.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 87 de 139

4. M03-03-P25-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico

a. Objetivos

Mantener una vía de acceso sanguíneo para el suministro de líquidos, medicamentos, hemoderivados y otros en condiciones seguras para la persona.

b. Alcance

El procedimiento inicia con el lavado de manos, preparación del equipo, cumplimiento de la técnica de mantenimiento del catéter periférico y finaliza con el registro de actividades en expediente clínico.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P25-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo a utilizar.	Dispone el equipo necesario para cuidados del catéter: Equipo de curación individual, hisopos estériles, guantes limpios o estériles, adhesivo quirúrgico o apósito transparente estéril; curaciones estériles, esparadrapo, gluconato de clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico al 70% o antiséptico de uso del área, frasco con alcohol al 70%, ahulado, bandeja, tijera, bolsa o recipiente para desechos bioinfeccioso, gorro, mascarilla. Pasa a actividad 3.	Marco regulatorio: 2.
3		Coloca equipo de protección.	Se coloca gorro, mascarilla, gabachón y lentes protectores para realizar el procedimiento. Pasa a actividad 4.	Marco regulatorio: 2.
4		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, cargo y orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa actividad 5.	Marco regulatorio: 10.
5		Verifica estado del sitio de inserción.	Observa condición del sitio de inserción buscando señales tales como: apósito se encuentra desprendido, no íntegro, el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección (rubor, color, dolor, calor y	



Procedimiento: M03-03-P25-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			edema). Pasa actividad 6.	
6	Enfermera.	Cumple técnica de mantenimiento del catéter venoso periférico.	<ul style="list-style-type: none"> -Coloca a la persona en posición de decúbito dorsal, con la cabeza al lado opuesto al sitio de inserción. -Retira la curación anterior sin tocar el catéter, ni el sitio de inserción. -Desprende el apósito jalándolo suavemente, sin utilizar alcohol para su remoción. -Observa y revisa el sitio de inserción. -Realiza lavado de manos. -Abre el equipo de curación. -Se coloca guantes estériles. -Realiza limpieza del área utilizando alcohol al 70% vertiendo este en hisopos, realizando fricción a partir del sitio de inserción hacia la periferia en un diámetro de 5 a 10 centímetros. -Coloca antiséptico de uso en la unidad hospitalaria en la misma forma que realizó limpieza con alcohol. -Deja actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente. -Cubre el sitio de inserción con una gasa estéril seca, sin ejercer presión y retira el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa. -Fija con esparadrapo transparente el lumen del descartable y catéter en su extremo distal. -Aplica el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo o coloca gasa protegiendo el sitio de inserción y cubre con esparadrapo para fijar el catéter. -Se retira los guantes. - Coloca identificación con fecha y nombre de quien instalo la punción, así como nombre y fecha de quien realizó la curación. Pasa a actividad 7. 	Marco regulatorio: 1, 2.
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 1, 2, 11.
8		Registra oportunamente intervenciones realizadas.	Realiza registro de procedimiento e interpreta y evalúa el estado de la persona. Se debe describir el sitio anatómico en donde tiene el catéter y los hallazgos realizados, así como las intervenciones realizadas. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

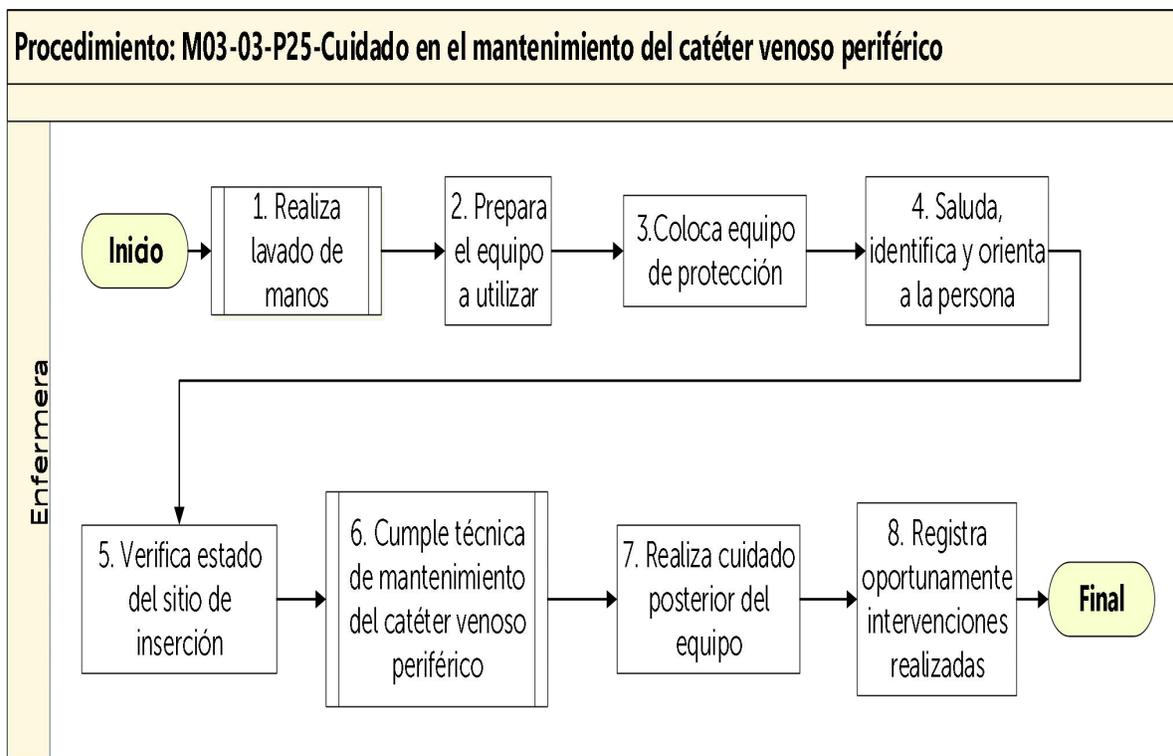


Figura 25: Diagrama del procedimiento M03-03-P025-Cuidado en el mantenimiento del catéter venoso periférico.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

5. M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral

a. Objetivos

Garantizar la preparación y administración segura de medicamentos por vía parenteral y disminuir factores asociados a los errores durante la aplicación de la técnica utilizada.

b. Alcance

El procedimiento da inicio con el lavado de manos, administración de medicamentos por las vías siguientes: intradérmica, subcutánea, intramuscular y endovenosa; de acuerdo a los principios para su preparación y con la técnica correspondiente; finalizando con el registro de su cumplimiento.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 90 de 139

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera/ Técnico en enfermería	Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2		Prepara el equipo necesario.	Prepara el equipo para la administración de medicamento por las diferentes vías: mesa de preparación, reloj, tijeras, torundas de algodón estéril en paquetes individuales, jeringas con agujas de diferentes calibres, soluciones a utilizar, guantes limpios, medicamentos indicados, esparadrapo si es necesario, termo, frasco con alcohol al 70%, para asepsia. Ampollas con agua bidestilada u otras soluciones indicadas por el médico, descartables para suero, descartable para bomba de infusión o jeringa de perfusión y micro gotero, viñetas, frasco graduado para descartar soluciones, depósitos para desechos comunes, depósito para corto punzante o cajas de seguridad, depósito con bolsa roja para desechos peligrosos. Pasa a la actividad 3.	Marco regulatorio: 2. Expediente clínico.
3		Saluda, identifica y orienta a la persona.	- Saluda e Identifica a la persona. - Se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre procedimiento a realizar, nombre del o los medicamentos, uso, efectos colaterales e indaga sobre alergias al fármaco. Pasa actividad 4.	Marco regulatorio: 7.
4		Verifica indicación médica.	Revisa indicación médica, previo a cumplir con el procedimiento. ¿Por qué vía está indicado el medicamento? - Intramuscular. - Subcutánea. - Intradérmico. - Endovenosa. Pasa a la actividad 5.	Marco regulatorio: 2, 7.
5		Prepara medicamentos de acuerdo a vía a administrar.	Procede a preparar la dosis indicada, de acuerdo a la presentación del medicamento si viene en frasco, ampolla u otra, frente a la persona a quien se le cumplirá: Frasco: - Retira la cubierta metálica o plástica cuidadosamente, realiza asepsia frotando el hule directamente con el algodón humedecido con alcohol al 70%. - Inserta la aguja en el centro del tapón de goma con un ángulo ligeramente inclinándolo, con el bisel hacia arriba y aspira la cantidad necesaria del medicamento del frasco, cambiando la aguja de la jeringa. - Preparación de medicamento en infusión: - Adapta el descartable con la llave cerrada al medicamento según indicación. - Procede a purgar el descartable y deja la llave cerrada. Ampollas:	Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10, 11.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 91 de 139

Procedimiento: M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>Sostiene con los dedos y percute el cuello de la ampolla con suavidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca torunda en el medidor del cuello de la ampolla, con un movimiento rápido rompe el cuello en su porción superior; descarta inmediatamente según clasificación de desechos hospitalarios. - Retira el capuchón de la jeringa colocando la aguja en la ampolla sin tocar los bordes, aspira la dosis necesaria y descarta la ampolla inmediatamente, cambiando la aguja de la jeringa. <p>Jeringa precargada: Abre envoltorio, saca el aire, retira protector si procede y aplica dosis según vía de administración. Pasa a la actividad 6.</p>	
6		Administra medicamento por vía indicada.	<p>Aplica las medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería. Anexo 20.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intramuscular. Pasa la actividad 7. - Intradérmica. Pasa la actividad 8. - Subcutánea. Pasa la actividad 9. - Endovenosa. Pasa la actividad 10. 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10, 11</p> <p>Anexo 20.</p>
7	Enfermera/ Técnico en enfermería	Administra medicamento por vía intramuscular.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca a la persona en posición cómoda, si es niño orienta al acompañante la forma de prevenir movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. - Selecciona el sitio correcto de la inyección: antebrazo en cara antero lateral de área deltoidea, glúteos en cuadrante superior externo y muslos en tercio medio lateral externo. - Con una torunda humedecida en alcohol realice la asepsia con movimientos circular del centro a la periferia, dejando secar durante 30 segundos. - Expulsa cualquier burbuja de aire de la jeringa hasta que observe una gota de la solución en el bisel de la aguja. - Retira la cubierta de la aguja, coloca la mano no dominante en la zona elegida y estira la piel, (en persona con piel frágil o escasa masa muscular, no se estira, se contrae el área de la piel del sitio de punción), sostiene la jeringa con la mano dominante entre los dedos pulgar e índice, puncionando la piel en un ángulo de 90° e introduzca la aguja en el musculo en forma rápida, solicitando a la persona que respire profundamente. - Sujeta la unión de la jeringa con la mano no dominante y con la dominante tira del embolo hacia arriba suavemente para revisar que no haya sangre en la jeringa, en caso de aspirar sangre retira la jeringa, desecha la aguja y coloca nueva aguja para nueva punción, sino aspira 	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10, 11</p>



Procedimiento: M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>sangre presione el émbolo levemente hasta administrar tome el medicamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloca algodón, retira la aguja y realiza presión en el sitio de inserción sin hacer masaje. - Deja persona cómoda. Pasa actividad 12. 	
8	Enfermera/ Técnico en enfermería	Administra medicamento por vía intradérmica.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca a la persona en posición cómoda, si es niño, orienta al acompañante la forma de prevenir movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. - Selecciona el antebrazo para la inyección, colocando a la persona en posición cómoda con el sitio seleccionado de manera accesible, realiza asepsia con algodón estéril y alcohol al 70 % en forma rotativa del centro a la periferia, excepto en vacuna que se realiza con agua estéril. - Retira el protector de la aguja, coloca la mano no dominante por debajo del sitio de inyección y estira la piel hacia abajo. - Con el bisel de la aguja hacia arriba y utilizando la mano dominante, inserta la aguja inmediatamente debajo de la piel en un ángulo de 10 a 15 °, luego de puncionar la piel avanza la aguja con el bisel hacia arriba unos 3 a 5 mm. - Inyecta el medicamento con lentitud y suavidad, mientras observa la formación de la pápula que debe estar presente y se absorberá de 10 a 30 minutos; espera unos segundos y retira la aguja en el mismo ángulo, retira con suavidad la sangre si se observa en el sitio de inserción, limpiando levemente con algodón seco, observa la piel para detectar enrojecimiento y tumefacción, cuando se trata de una prueba de sensibilidad (alergia), observa el área donde inyecta y el estado general, por posible desarrollo de una reacción sistémica (dificultad respiratoria, sudoración, disminución de la presión arterial, náuseas, vómito y cianosis), evalúa al persona y el sitio de inyección al cabo de 5 a 15 min y luego en forma periódica durante su estadía en el establecimiento de salud. Descarta equipo según normativa y jeringa con aguja según técnica establecida. Pasa actividad 12. 	Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10, 11
9		Administra medicamento por vía subcutánea.	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca a la persona en posición cómoda, si es menor de edad orienta al acompañante la forma de prevenir movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. - Identifica a la persona, proporciona privacidad, lo coloca de tal forma que los brazos, muslo abdomen o según zona elegida, se encuentre en posición cómoda. - Elige el sitio de punción adecuada, teniendo el 	Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10, 11.



Procedimiento: M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>cuidado de que la piel no tenga dureza, edemas, cicatrices quirúrgicas o inflamación.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retira el capuchón de la aguja y evita tocar el borde exterior del capuchón. -Efectúa limpieza de la zona a inyectar con algodón humedecido de alcohol al 70 % del centro a la periferia en un área de 5 centímetros, dejando que seque por 30 segundos, descartando el algodón, expulsa cualquier burbuja de aire de la jeringa hasta que observe una gota de la solución en el bisel de la aguja. -Inserta la aguja previo retiro de capuchón en un ángulo de 45° de forma lenta y suave, aspira, en caso de aspirar sangre retire la jeringa, desecha la aguja y coloca nueva aguja para nueva punción. - Administra el medicamento lentamente, retira la aguja teniendo el cuidado de hacerlo en el mismo ángulo que se introdujo, hace presión suave con algodón en área de inyección, descarta el material en los recipientes según normativa establecida. Pasa actividad 12. 	
10	Enfermera/ Técnico en enfermería	Evalúa la condición del acceso venoso.	<ul style="list-style-type: none"> -Coloca a la persona en posición cómoda, si es menor de edad orienta al acompañante la forma de prevenir movimientos bruscos, toma en cuenta la privacidad de la persona. -Verifica permeabilidad del acceso venoso, aspira suavemente hasta que salga sangre a la jeringa, administra de 1 a 5 cc. de solución salina normal (neonato 1cc). <p>¿Acceso venoso en buenas condiciones? (permeable, sin signos y síntomas de flebitis): SI: Pasa a actividad 11. NO: Hay resistencia, retirar el catéter. Realiza canalización de otra vena según técnica. Ver procedimiento M03-03-P24- Venopunción. Pasa actividad 11.</p>	Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10.
11		Administra medicamento por vía intravenosa.	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza asepsia con algodón y alcohol al 70% en tapón de cierre o sitio del puerto de inyección y del descartable. -Adapta el descartable de la solución al catéter, abriendo lentamente la llave para iniciar la perfusión del medicamento, contabiliza el goteo del suero según indicación médica. -Si es con jeringa realiza asepsia en el sitio donde se administrará con alcohol al 70%. -Si se administra por infusión o por bomba perfusora se conecta directamente al catéter venoso y se programa dosis de acuerdo a indicación médica. -Vigila la permeabilidad de la venoclisis. - Al finalizar el medicamento debe de aplicar solución salina para dejar permeabilizado 	Marco regulatorio: 1, 2, 7, 10.



Procedimiento: M03-03-P26-Administración de medicamentos por vía parenteral

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			el catéter. Pasa la actividad 12.	
12	Enfermera/ Técnico en enfermería	Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa actividad 13. En el caso de vacunas, deposita la jeringa y aguja directamente en la caja de seguridad.	Marco regulatorio: 11.
13		Registra cumplimiento de medicamento.	- Registra en el expediente clínico cumplimiento, colocando fecha, hora, nombre del medicamento, dosis indicada, vía de aplicación y firma. - Registra en nota de enfermería intervenciones realizadas de acuerdo a situaciones presentadas durante el procedimiento. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

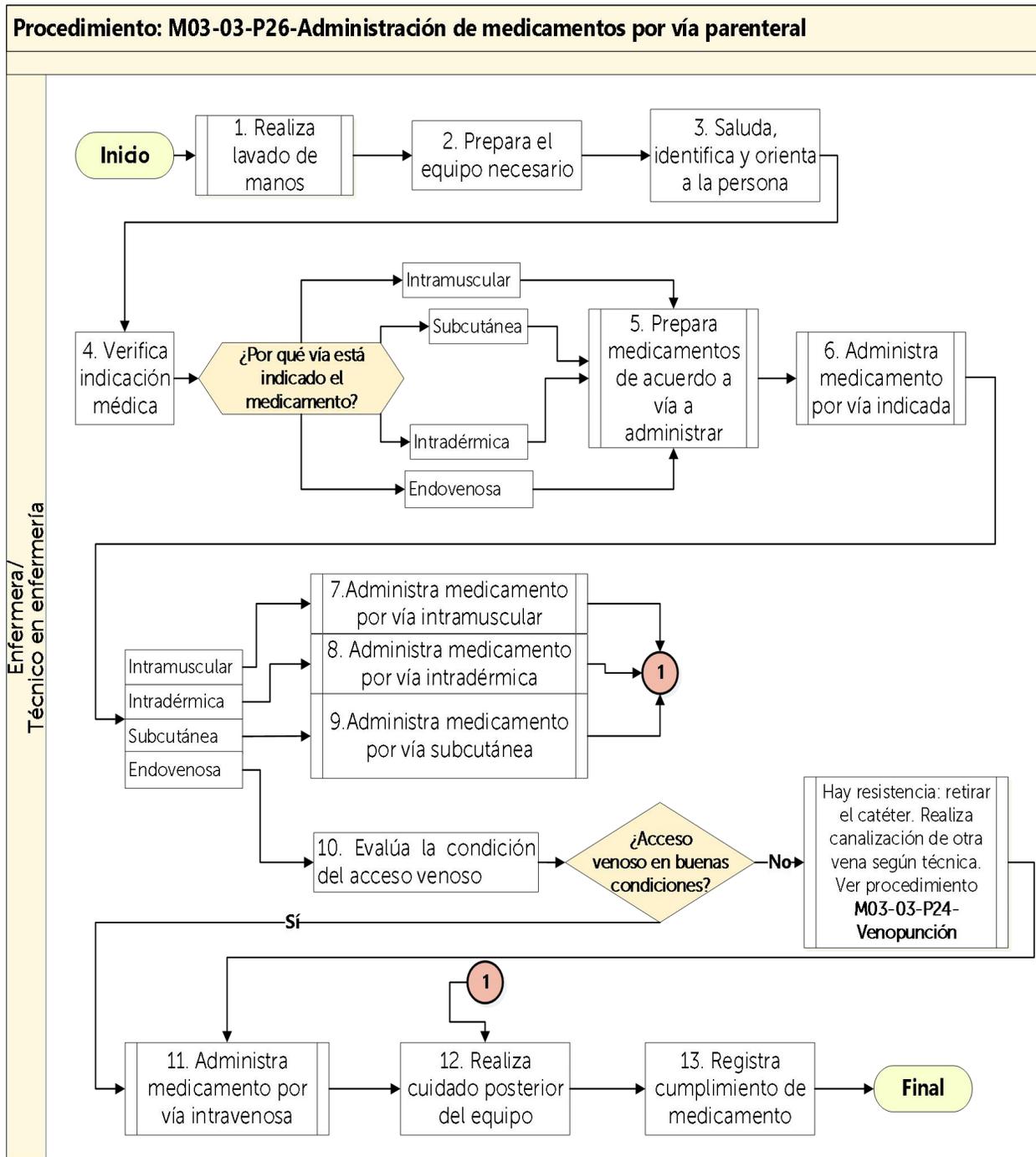


Figura 26: Diagrama del procedimiento M03-03-P026-Administración de medicamentos por vía parenteral. Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 96 de 139

6. M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan

a. Objetivo

Contribuir en la disminución del riesgo de complicaciones en el binomio madre e hijo/a relacionados con trastornos hipertensivos desarrollados en el embarazo, incidiendo con esto en la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna-fetal y perinatal.

b. Alcance

Este procedimiento da inicio con el lavado de manos previo a iniciar las actividades directas, se cumple el método indicado y finaliza con el registro de las actividades desarrolladas y eventos presentados e intervenidos.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1		Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 2.	Marco regulatorio: 1, 2.
2	Enfermera.	Prepara el equipo necesario según método de administración del medicamento.	<p>El material que prepara según método a utilizar es:</p> <p>Material y equipo para ambos métodos: Esparadrapo, jeringa #20, catéter venoso #16 o 18, tijera, guantes estériles, vasija para el sucio, depósito para corto punzante, tubos para muestras sanguíneas, liga o torniquete; gorro, mascarilla, cánula mayo o depresores de lengua; agua estéril, alcohol, solución yodada, solución Hartman, descartable de suero, agua bidestilada, equipo de paro cardiorrespiratorio.</p> <p>Material y equipo para método Pritchard: Una bandeja estéril, 3 escudillas, 10 hisopos estériles grandes; torundas, 1 jeringa de 20 cc, 2 jeringas de 10 cc., 2 agujas hipodérmica #18 (para extraer medicamento), 2 agujas #22 largas de punción lumbar para cumplir sulfato IM profundo con técnica estrellada, 1 aguja #26 para cumplir sulfato EV; torundas de algodón, alcohol al 70%, ampollas de gluconato de calcio, frascos de xilocaína sin epinefrina al 2%; ampollas de agua bidestilada, 3 ampollas de sulfato de magnesio al 50%, pinza de transferencia. Pasa actividad 3.</p> <p>Material y equipo para método Zuspan:</p>	<p>Marco regulatorio: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14.</p> <p>Expediente clínico.</p>



Procedimiento: M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan

N.º	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			Una bandeja conteniendo: 2 escudillas, torundas de algodón, catéter #18 o 16, jeringas de 20 cc, agujas hipodérmicas #18; 4 ampollas de sulfato de magnesio, 1 ampolla de gluconato de calcio, bomba de infusión, descartable para bomba y dextrosa al 5% de litro. Pasa a la actividad 3.	
3		Saluda, identifica y orienta a la usuaria.	<p>-Saluda e identifica a la usuaria, se presenta por su nombre y cargo, orienta sobre: el procedimiento a realizar y reacciones adversas que puede presentar: náuseas, vómitos, calor, cansancio, visión borrosa, sudoración, cefalea, ardor en el lugar de aplicación del medicamento, falta de sensación en miembros inferiores.</p> <p>-Coloca en posición cómoda.</p> <p>¿Qué método utilizará para la administración, según indicación médica?</p> <p>Método Pritchard. Pasa a la actividad 4.</p> <p>Método Zuspan. Pasa a la actividad 5.</p>	Marco regulatorio: 7, 14.
4	Enfermera.	Realiza procedimiento con Método Pritchard.	<p>Método Pritchard</p> <p>-Realiza procedimiento M03-03-P24-venopunción.</p> <p>-Prepara dosis de impregnación de sulfato de magnesio (ampolla de 5g en 10 ml): extraer 4 g (8 ml de sulfato de magnesio) y agregar 12 ml. de agua bidestilada, adapta aguja #26 y administra vía endovenoso lento a 1 ml por minuto en 20 minutos.</p> <p>-Prepara 1 ampolla de sulfato de magnesio al 50% (ampolla de 5g en 10 ml) más 1 ml. de xilocaína sin epinefrina al 2 %, luego adapta aguja de punción lumbar #22. Realiza asepsia con clorhexidina o jabón yodado, agua estéril y alcohol al 70% con hisopos en glúteo alternos, iniciando con el derecho y deja secar.</p> <p>-Tiene disponible gluconato de calcio por necesidad.</p> <p>-Realiza higiene de manos con alcohol gel, colocarse guantes estériles.</p> <p>-En el centro del cuadrante superior externo del glúteo introduce aguja en ángulo de 90° y aspira para verificar que no se toca sistema vascular e introduce 3ml de sulfato de magnesio.</p> <p>-Extrae la aguja aproximadamente 2/3 partes por cada administración de medicamento.</p> <p>-Posterior introduce el sulfato de magnesio en un ángulo de 45° (utilizando técnica según las agujas del reloj): a las 12 se introduce 3 c.c., a las 3 se introduce 3 c.c., a las 6 se introduce solo 2 c.c., excepto a las 9.</p> <p>-Retira aguja y coloca torunda estéril en área de punción sellando con esparadrapo (identificar:</p>	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 29.



Procedimiento: M03-03-P27-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan

Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
			<p>fecha, hora y firma de responsable).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realiza los mismos pasos del procedimiento anterior en glúteo izquierdo desde la preparación del medicamento (utilizando la técnica de agujas del reloj 12, 9 y 6). - Alternar el sitio de punción si se necesita volver a aplicar otra dosis por este método. Pasa a la actividad 6. 	
5		Realiza procedimiento con Método Zuspan.	<p>Método Zuspan</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realiza procedimiento M03-03-P24-venopunción. -Prepara solución de dextrosa al 5% de un litro con 4 ampollas de sulfato de magnesio al 50% (ampolla de 5g en 10 ml). -Programa bomba de infusión para cumplir dosis de impregnación: 4 g lento (200 ml. en 15-20 minutos) y luego dosis de mantenimiento 1-2 g a 50 ml por hora. -Al finalizar dosis de impregnación, prepara equipo y asiste a la usuaria y al médico en la colocación de sonda transuretral y bolsa colectora. - Inicia balance hídrico y registrar. Pasa a la actividad 6. 	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 29.
6		Interpreta y reporta oportunamente signos y síntomas de intoxicación.	<p>Interpreta estado general de la usuaria.</p> <p>¿La usuaria presenta algún signo y síntoma de intoxicación?</p> <p>SI: reporta oportunamente al médico, cumple indicación médica y registra en expediente. Pasa actividad 7.</p> <p>NO: se registra en expediente. Pasa a la actividad 7.</p>	Marco regulatorio: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
7		Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa actividad 8.	Marco regulatorio: 11.
8		Registra las actividades desarrolladas y eventos presentados.	Realiza anotaciones de enfermería correspondientes. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 4. Expediente clínico.
Fin del procedimiento				

e. Diagrama de flujo

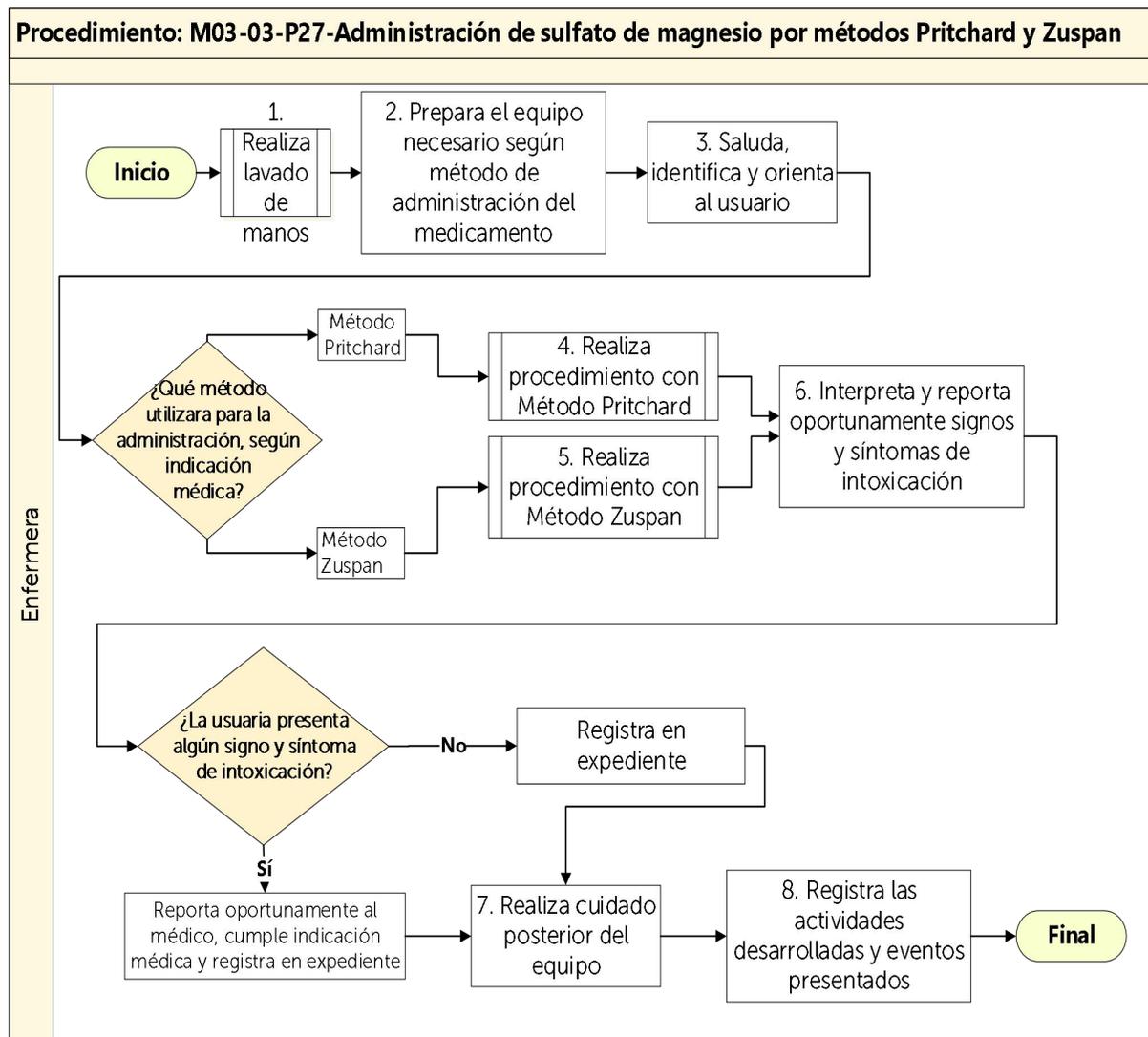


Figura 27: Diagrama del procedimiento M03-03-P027-Administración de sulfato de magnesio por métodos Pritchard y Zuspan.

Fuente: comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 100 de 139

7. M03-03-P28-Enema

a. Objetivo

Instilar líquidos por el recto, que permitan promover la defecación, pasar medios de contraste, tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon, estimular los movimientos peristálticos, preparar a la persona para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas.

b. Alcance

El procedimiento inicia desde el lavado de manos, cumplimiento del enema, hasta la evacuación del líquido introducido y el registro del procedimiento.

c. Marco regulatorio

Se incluye el marco normativo que se aplica en cada procedimiento de los documentos regulatorios vigentes relacionados a la atención de enfermería que se brinda a la persona en el curso de vida.

d. Descripción de las actividades del procedimiento

Procedimiento: M03-03-P28-Enema				
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar
1	Enfermera / Técnica(o) en enfermería.	Prepara el lugar donde realizará el procedimiento.	Prepara área, verificando que cumpla con la individualidad de la persona, coloca biombo si es necesario. El área debe ubicarse cerca del sanitario, asegurarse de que no se encuentren obstáculos para el paso rápido o tener disponible el patio. Pasa a actividad 2.	Marco regulatorio: 7, 8, 9.
2		Prepara el material y equipo y lo traslada cerca de la persona.	El material a utilizar será el siguiente: Recipiente con solución indicada, guantes limpios, Irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad, sondas rectales o cánulas, lubricantes, torundas, ahulado, porta-irrigador, riñonera o similar para desechos, papel higiénico, cuña (si es necesario), agua, jabón y toalla (si es necesario el aseo de la región por la enfermera), pera o jeringa para uso en pediatría. Pasa actividad 3.	Marco regulatorio: 1, 2.
3		Identifica el enema prescrito y el motivo de su administración.	Comprueba el tiempo establecido de acuerdo al tipo de enema indicado por el médico o profesional tratante previo al cumplimiento: - Enema evacuante o de aseo. - Enema de retención. - Enema medicamentoso. Pasa a actividad 4.	Marco regulatorio: 8, 9. Expediente clínico.
4		Verifica si no hay contra indicaciones.	-Revisa expediente clínico. -Identifica contraindicaciones: operaciones recientes del colon o recto, cuando ha ocurrido infarto del miocardio, persona con afecciones abdominales agudas, presencia de hemorragia a nivel rectal. -Conoce que debe aplicarse con precaución en personas con arritmia y en casos de trastornos por	Marco regulatorio: 8, 9. Expediente clínico.



Procedimiento: M03-03-P28-Enema					
Nº	Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Registro y normativa a utilizar	
	Enfermera / Técnica(o) en enfermería.		retención de sodio, los enemas que lo contengan como la insuficiencia cardíaca congestiva. ¿Persona presenta contraindicaciones? SI: suspende procedimiento y reporta oportunamente al médico tratante para su evaluación y toma de decisión, registra en expediente clínico. Pasa a fin. NO: no existe contraindicaciones. Pasa a actividad 5.		
5		Saluda, identifica y orienta a la persona.	Saluda e identifica a la persona, se presenta por su nombre, cargo, orienta sobre el procedimiento a realizar. Pasa actividad 6.	Marco regulatorio: 7.	
6		Realiza lavado de manos.	Efectúa lavado de manos en los cinco momentos durante la intervención. Pasa a la actividad 7.	Marco regulatorio: 1, 2.	
7		Verifica llenado de vejiga.	Antes de iniciar el procedimiento, verifica que la persona tenga la vejiga vacía. ¿La persona tiene la vejiga vacía? NO: orienta a la persona para que miccione y le ayuda si es necesario aplicando medios que le estimulen la micción. Pasa a la actividad 8. SI: pasa a actividad 8.	Marco regulatorio: 8, 9.	
8		Administra el tipo de enema prescrito.	Ayuda a que evacúe el enema. Deja cómodo a la persona, equipo limpio y material ordenado. ¿Usuario presenta anomalías? SI: suspende y pinza sonda, reporta oportunamente a médico tratante, cumple indicaciones y registra. Pasa a fin. NO: Pasa a actividad 9.	Marco regulatorio: 8, 9.	
9		Realiza cuidado posterior del equipo.	Descarta desechos bioinfecciosos según normativa, deja limpio y ordenado el equipo. Pasa actividad 10.	Marco regulatorio: 11.	
10		Registra intervenciones realizadas oportunamente	-Registra en el expediente clínico actividades realizadas, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrado. - Registra la fecha, hora, características de la eliminación y anomalías presentadas durante el procedimiento. Pasa a fin.	Marco regulatorio: 8, 9. Expediente clínico.	
Fin del procedimiento					

e. Diagrama de flujo

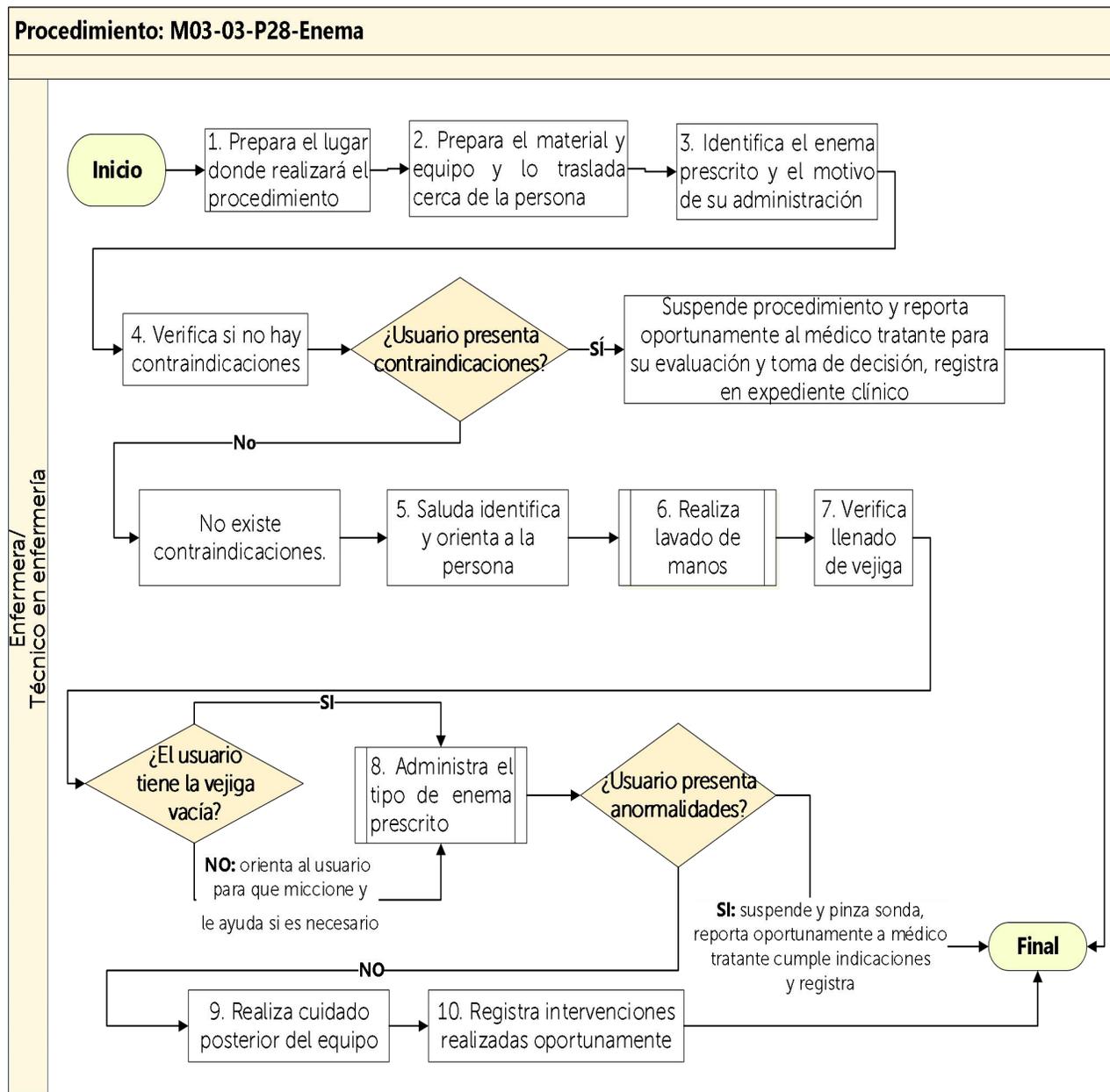


Figura. 28: Diagrama del procedimiento M03-03-P028-Enema.

Fuente: Comisión de elaboración del Manual de procedimientos básicos de enfermería, 2023.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 103 de 139

V. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos del Ministerio de Salud, dar cumplimiento a al presente manual, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

El presente Manual será revisado y actualizado cuando existan cambios en el desarrollo de un proceso o procedimiento, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente Manual, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Anexos

Forman parte del presente Manual, los siguientes anexos:

Anexo 1. Definiciones y abreviaturas.

Anexo 2. Técnica de control de pulso.

Anexo 3: Técnica de control de la respiración.

Anexo 4: Técnica de control de presión arterial.

Anexo 5: Técnica para control de peso.

Anexo 6. Técnica para control de la longitud.

Anexo 7: Técnica de cama abierta y con persona.

Anexo 8: Técnica de cama posquirúrgica (cerrada).

Anexo 9: Técnica de administración de alimentación naso enteral por jeringa.

Anexo 10: Técnica de administración de alimentación naso enteral por gavaje gástrico.

Anexo 11: Técnica de administración de alimentación naso enteral por bomba de alimentación enteral.

Anexo 12: Técnica de gastrostomía.

Anexo 13: Técnica de yeyunostomía.

Anexo 14: Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton.

Anexo 15: Técnica de limpieza y desinfección terminal de las áreas.

Anexo 16. Técnica de curación.

Anexo 17: Escala Braden.

Anexo 18: Escala NSRAS.

Anexo 19: Plan de cuidados de enfermería en personas que presentan riesgo de presentar UPP.

Anexo 20: Medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería.

Anexo 21: Personal que elaboró el documento.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 104 de 139

VI. Vigencia

El presente Manual entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma del mismo por parte del Titular de esta Cartera de Estado.



Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 105 de 139

VII. Referencias bibliográficas

1. OMS/SIGN: Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexo, Organización Mundial de la Salud, 2011.
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75247/1/9789243599250_spa.pdf
2. Norma técnica para el manejo de los desechos bioinfecciosos
<https://cidoc.marn.gob.sv/documentos/norma-tecnica-para-el-manejo-de-los-desechos-bioinfecciosos/>
3. Trastornos hipertensivos del embarazo
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion24082021/TRASTORNOS-HIPERTENSIVOS-DEL-EMBARAZO.pdf
4. Manual de vendajes
<https://urghhttps://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/09/Manual-Venajes-Jerez.pdf>
enciasaneloy.files.wordpress.com/2015/10/vendajes-para-enfermerc3ada-manual.pdf
5. Curso elemental de primeros auxilios
<https://www.studocu.com/es-mx/document/benemerita-universidad-autonoma-de-puebla/enfermeria-clinica/manual-venajes-jerez/20291526>
6. Manual de procedimiento sonda vesical.
https://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/manual_de_procedimientos_sonda_vesical.pdf

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 106 de 139

VIII. Historial de cambios

El cuadro que se muestra a continuación, se utilizará para el registro de las modificaciones y actualización de versiones del documento, las cuales deberán solicitarse y remitirse a la Unidad de Calidad, para seguir el procedimiento de actualización de versiones.

Versión Origen	Fecha del cambio	Responsable	Tipo de modificación	Nueva versión
01	No aplica	Jefatura Unidad Nacional de Enfermería	Versión inicial	No aplica

IX. Anexos

Anexo 1: Definiciones y abreviaturas

Definiciones

- Área para procedimientos especiales.***
Es el área donde se derivan procedimientos médicos quirúrgicos menores que requiere atención ambulatoria entre estos se encuentran: Administración de medicamentos (inyección intravenosa, intramuscular, subcutánea), curación de heridas, cambio de sonda vesical, pequeña cirugía, entre otros.
- Constantes vitales.***
Son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de una persona. Los principales signos que se miden en la práctica clínica son: frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), presión arterial (PA) y temperatura (T).
- Cama abierta¹.**
Es aquella que corresponde a una persona ingresada que la ocupa, pero que puede levantarse. Cama con persona.
- Cama posquirúrgica².**
Es la cama que se prepara para recibir a una persona que ha sido operada o a cualquier persona que haya sido anestesiada, para proporcionar un medio limpio, cómodo y facilitar el traslado de la persona desde la mesa de operaciones o la camilla hasta la cama. La cama podrá encontrarse en la unidad de la persona, en la sala de reanimación posquirúrgica o en la esclusa de camas. Se

*Definición elaborada por Comité Nacional de Procedimientos 2023

*

¹ Técnicas básicas de enfermería 2011, Mc Graw-Hill

² Técnicas básicas de enfermería 2009, Mc Graw-Hill

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 107 de 139

llama también cama de anestesia o de posoperados.

5. **Conteo de instrumental quirúrgico*.**

Es el acto de que todo material o instrumento ha de ser contado en cualquier procedimiento quirúrgico invasivo, sea cual sea su duración, para prevenir la retención del cuerpo extraño y la consecuente lesión de la persona.

6. **Escala Braden³**

Mide la probabilidad de que una persona desarrolle una úlcera por presión (UPP) varía de unas a otras en función de diferentes factores de riesgo, como valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial.

7. **Gavaje gástrico⁴.**

Es la introducción de alimentos líquidos o licuados por una sonda gástrica que pasa a través de las fosas nasales, hasta el estómago.

Esto permite alimentar a la persona en lo que se llama alimentación forzada útil en aquellos que sufren de disfagia, obstrucción bucal o esofágica, traumatismos, o en personas inconscientes u operados del aparato digestivo.

8. **Grado II (Parcialmente dependiente)⁵.**

Se refiere a la persona con dependencia parcial de enfermería con factores de riesgo medios, alteración leve o moderada de sus signos vitales, puede valerse por sí mismo, pero con ciertas limitaciones para cubrir las necesidades básicas (caminar, comer, bañarse, otros), cantidad moderada de medicación oral endovenosa y procedimientos.

9. **Grado III (Totalmente dependiente).⁵**

Se refiere a la persona totalmente dependiente de enfermería, con factores de riesgos altos, gravemente comprometido de sus signos vitales, requiere de valoración, monitoreo y cuidado permanente, medicación y procedimientos frecuentes.

10. **Gastrostomía⁶.**

Tubo que se inserta directamente en el estómago a través de la pared del abdomen. Permite sacar aire y líquido del estómago y se puede usar para administrar a la persona medicamentos y líquidos, incluso alimentos líquidos.

11. **Método Pritchard⁷.**

Es la aplicación de sulfato de magnesio al 50% ampolla en 10 cc. lo que equivale a 5 gramos, el cual se prepara en dosis de impregnación de 4 gr endovenoso a pasar en 15- 20 minutos lento (8 cc. al 50% en 12 cc. de agua destilada, luego cumplir 5 gr al 50% en 10 cc. intramuscular en cada glúteo) Dosis de mantenimiento control en 4 horas cumplir nueva dosis intramuscular profunda glúteos alternos a intervalos de 4 horas.

12. **Posición semifowler⁸.**

La persona se encuentra semisentado, formando un ángulo de 30° respecto al eje horizontal.

³ <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>

⁴ https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/gavaje.php#definicion_snip © Definiciones-de.com

⁵ <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosaplicacionprocesoatencionenfermeriariisv1.pdf>

⁶ <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sonda-de-gastrostomia>

⁷ http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf

⁸ <https://revistamedica.com/posiciones-anatomicas-persona-traslado>

*Definición elaborada por Comité Nacional de Procedimientos 2023

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 108 de 139

Está indicada para personas con problemas respiratorios, circulatorios o neurológicos.

13. Vía tópica*.

Es la vía de administración a través de la piel o superficies corporales (piel, ojos, oídos y fosas nasales) esto incluye los medicamentos dermatológicos, irrigaciones e instilaciones.

14. Vendaje recurrente⁹.

Es el vendaje para cubrir partes distales del cuerpo, se utiliza para realizar vendaje de cabeza, dedos y muñones. Su función es la de proteger, sujetar y comprimir.

15. Vendaje en cabestrillo¹⁰.

Es el vendaje se utiliza para sostener la mano, brazo o antebrazo, en caso de heridas, quemaduras, fracturas, esguinces y luxaciones. También es un vendaje que se utiliza para dar apoyo a una articulación lesionada. Normalmente se usa cuando una articulación está dañada, dislocado o lesionada.

16. Yeyunostomía¹¹.

Cirugía que se realiza para crear una abertura en el yeyuno (parte del intestino delgado) desde el exterior del cuerpo. Una yeyunostomía permite colocar una sonda alimentaria en el intestino delgado.

17. Método Zuspan¹².

Es la administración de sulfato de magnesio en bomba de infusión, aplicando de Sulfato de magnesio al 50% ampolla en 10 cc. lo que equivale a 5 gramos, el cual se prepara Diluyendo 4 ampollas de sulfato de magnesio al 50% en 1 litro de dextrosa al 5% como dosis de impregnación a pasar en 15-20 minutos en bomba de infusión y dosis de mantenimiento de 1-2 g IV cada hora en bomba de infusión.

Abreviaturas

1. **SSN:** Solución Salina Normal.
2. **NSRAS:** Escala de valoración del riesgo cutáneo neonatal.
3. **UPP:** Úlceras por Presión.

Anexo 2: Técnica de control de pulso

Acciones	Principios y razones
Lavarse las manos.	Previene la transmisión de infecciones.
Prepara el equipo.	Evita pérdida de tiempo al brindar la atención.
Saluda e identifica a la persona.	Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento.
Orienta a la persona explicando lo que le realizará.	Asegura su participación y enseñanza facilitando el desarrollo del procedimiento.

⁹<https://revistamedica.com/vendajes-tecnica/#Tipos-de-vendaje>

¹⁰ <https://definicion.de/cabestrillo/>

¹¹ <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/yeyunostomia>

¹² http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_riis_codigo_naranja_v1.pdf

*Definición elaborada por Comité Nacional de Procedimientos 2023

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 109 de 139

Acciones	Principios y razones
Indica a la persona que se siente cómodamente (si no es posible en posición supina).	Proporciona acceso libre a las zonas del pulso.
Coloca el brazo de la persona descansando a lo largo del cuerpo o sobre el abdomen con la palma de la mano hacia abajo.	La posición anatómica correcta asegura datos exactos.
Con los dedos índice, medio y anular, presione con suavidad la arteria radial.	La presión excesiva pueda obstruir el flujo sanguíneo y alterar los datos.
Localiza el pulso y cuenta durante 60 segundos valorando la intensidad.	Un recuento durante 60 segundos permite identificar ritmos de pulso rápido, lento o regular.
Si el pulso es irregular, cuenta nuevamente durante 60 segundos, valorando frecuencia y pauta de la regularidad.	La contracción ineficaz del corazón suspende la transmisión de la onda del pulso interfiriendo con el gasto cardíaco provocando un pulso irregular.
Registra el pulso anotando en la hoja de historia clínica, cuadrícula o trozo de papel identificado.	Se registra el estado de salud para el seguimiento si es necesario, se registran las intervenciones de enfermería realizadas.

Anexo 3: Técnica de control de la respiración

Acciones	Principios y razones
Se lava las manos.	Previene la transmisión de infecciones.
Prepara el equipo.	Evita pérdida de tiempo al brindar la atención.
Saluda e identifica a la persona.	Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento.
Orienta a la persona explicando lo que le realizará.	Disminuye la ansiedad de la persona y podrá obtener un dato verídico.
Observa los movimientos de inspiración y expiración en el tórax o abdomen de la persona (simulando que toma el pulso).	La persona no debe saber que se le controla la respiración porque podría modificarla voluntariamente.
Cuenta las respiraciones durante un minuto observando sus características.	Al contar durante un minuto, permite la valoración y detección de irregularidades.
Realiza las anotaciones correspondientes.	Permite conocer los datos obtenidos.

Anexo 4: Técnica de control de presión arterial

Acciones	Principios y razones
Se lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene la transmisión de infecciones.
Prepara el equipo.	Evita pérdida de tiempo al brindar la atención.
Saluda e identifica a la persona.	Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento.
Orienta a la persona sobre el procedimiento y que se coloque en posición sentada o acostada.	Esto facilita la medición de la presión arterial.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 110 de 139

Acciones	Principios y razones
Descubra el brazo de la persona hasta el hombro y, apoya el miembro superior en la superficie con la palma de la mano hacia arriba y dedos separados, coloca el brazalete en el brazo a 2.5 cm arriba del codo.	Cualquier obstáculo al paso de la sangre modifica las cifras de la PA. Esto facilitara la medición de la tensión arterial.
Limpia las olivas y el diafragma del estetoscopio con alcohol antes de usarlo y coloca las olivas sobre los oídos.	Evitar la transmisión de bacterias.
Localiza por palpación el pulso braquial y coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria sosteniéndolo con la yema de los dedos.	La arteria humeral es la que ofrece mayor facilidad para la medición de la presión arterial.
Con su mano diestra insufla aire al brazalete hasta que el calibre de medición esté 30 mm por encima del punto en el cual el pulso se dejó de escuchar.	Esto permitirá la medición de la tensión arterial.
Abra lentamente la válvula a razón de 2 a 3 mm por segundo, observa el descenso de la aguja del manómetro o de la columna de mercurio.	La salida de aire permite que la escala haga su oscilación lo que permitirá la medición.
Escucha con atención al primer latido que indica la cifra de presión sistólica.	La presión sistólica es la presión máxima en la cual la sangre es expulsada a las arterias.
Deja escapar el aire gradualmente hasta que escuche el último latido que indica la cifra de la presión diastólica.	La presión diastólica es la presión mínima; cuando el corazón se encuentra en reposo.
Abra por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del brazalete.	Esto evita el deterioro del equipo.
Registra y anota los valores encontrados en la persona.	Contribuye al diagnóstico oportuno de la persona.
Retira el brazalete y deja cómodo a la persona.	Permitirá ofrecer una atención de enfermería en forma oportuna.
Retira el equipo y lo deja ordenado.	Favorece la comodidad y confort de la persona.
Tomar en cuenta que la técnica en el sitio de la toma puede cambiarse de acuerdo a la situación física del paciente de neonatos, niños pediátricos, paciente en condiciones especiales, politraumatizados y otros.	

Anexo 5: Técnica para control de peso

Anexo 5a: Técnica para control de peso en niños menores de dos años

Acciones	Principios y razones
Al inicio y final de la jornada limpia la báscula con solución antiséptica.	La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo Evita errores en la medición.
Revisa y calibra la báscula.	Evita errores en la medición.
Se lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Disminuye microorganismos.
Saluda a la madre o acompañante e identifica al niño.	Facilita su colaboración y le da confianza.
Coloca papel o sustituto sobre la plataforma de la báscula.	Evita la transmisión de microorganismos.
Solicita a la madre o acompañante que retire la ropa innecesaria.	El exceso de ropa altera los datos, no exponga al recién nacido mucho tiempo al medio ambiente.
Ayuda a la madre o acompañante a colocar al niño(a) firmemente en el centro de la plataforma.	Colocar al niño en el centro de la plataforma evita errores en la medición.
Registra el dato e informe a la madre o acompañante.	Considerando los datos según crecimiento y desarrollo de la persona.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 111 de 139

Anexo 5b: Técnica para control de peso en niños mayores de 2 años y en el adulto

Acciones	Principios y razones
Se lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Disminuye microorganismos.
Orienta a la persona sobre el procedimiento y se asegura que no tiene problemas de equilibrio.	Apoyar a la persona si es necesario, evitar accidentes.
Coloca papel sobre la plataforma de la báscula.	Protege los pies de la persona.
Solicita a la persona que se retire la ropa innecesaria y los zapatos. En el niño, solicitar a madre o acompañante que retire ropa innecesaria, calzado y que se pare en el centro de la báscula.	El exceso de ropa altera los datos.
Ayuda a la persona a colocarse firmemente en el centro de la plataforma.	Colocarse en el centro de la plataforma evita errores en la medición.
Registra el dato e informa a la persona.	El conocimiento y la reflexión con la persona sobre los datos normales o anormales, pueden favorecer el autocuidado.
Indica o ayuda a la persona a bajar de la báscula y a colocarse los zapatos y la ropa.	Una actitud amable hacia la persona refleja en un alto porcentaje la calidad de la atención.
Al final de la jornada limpia la báscula con solución antiséptica.	La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo. Evita errores en la medición.

Anexo 6: Técnica para control de la longitud

Anexo 6a: técnica para control de la longitud en niños menores de 2 años

Acciones	Principios y razones
Al inicio y final de la jornada limpia el infantómetro con solución antiséptica.	La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo evita errores en la medición.
Revisa el estado del infantómetro.	Evita errores en la medición.
Coloca el tallímetro o infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme.	Evita accidentes de caídas.
Se lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Disminuye microorganismos.
Saluda a la madre o acompañante e identifica al niño.	Facilita su colaboración y le da confianza.
Orienta a la madre sobre el procedimiento.	Explicarle a la madre que se va a medir el tamaño del niño y que se requiere de su colaboración, ayudara a que el niño se sienta tranquilo.
Verifica que el niño, está sin zapatos y que en la cabeza no tenga gorras, moñitos, vinchas, entre otros.	Ayuda a una medición correcta de la longitud y permite contar con un dato exacto.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 112 de 139

Acciones	Principios y razones
Acuesta el niño en posición de decúbito dorsal sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, colocando la mano izquierda en la parte alta de la espalda con el fin de dar soporte a la cabeza y la mano derecha en los muslos, recostándolo suavemente.	Solicitar ayuda para colocar el niño correctamente y a mantenerlo en la posición adecuada.
Solicita a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro y que tome la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos miren hacia arriba. Sin ejercer mucha presión, trate de mantener la cara del niño recta.	El apoyo de la madre hacia el niño facilita la medición.
Toma ambas rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave y lo más rápido posible, mientras que con la mano derecha corre firmemente la pieza móvil del tallímetro, contra la planta de los pies. Estos deben quedar perfectamente rectos sobre el infantómetro. Posteriormente verifique que los hombros, espalda, nalgas y talones del niño están en contacto con el tallímetro y en la parte central del cuerpo del instrumento y lea rápidamente sin mover al niño.	La alineación corporal antes de la medición, proporciona datos correctos.
Registra el dato e informe a la madre o acompañante.	Considerando los datos según crecimiento y desarrollo de la persona.

Anexo 6b: Técnica para control de talla en mayores de 2 años

Acciones	Principios y razones
Revisa y verifica el estado del tallímetro.	La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo Evita errores en la medición.
Al inicio y final de la jornada limpie el infantómetro con solución antiséptica.	Evita errores en la medición.
Se Lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Disminuye microorganismos.
Saluda a la madre o acompañante e identifica al niño.	Facilita su colaboración y le da confianza.
Coloca a la persona e indica que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello.	Contribuye a una correcta medición Proporcione ayuda si es necesario para el retiro de calzado, gorros, entre otros.
Coloca a la persona de espalda a la pared con la mirada al frente, verifica que los pies estén en posición correcta y se asegura que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.	Esta posición permitirá una mejor medición, colaborando con ello al diagnóstico de la persona.
Acomoda la cabeza en posición recta coloca la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, y suavemente cierra sus dedos.	Ayuda a que la persona mantenga su cuerpo en un ángulo de 90°.
Traza una línea imaginaria (plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea debe ser paralela a la base del tallímetro y formar un ángulo recto con respecto la pared.	La línea imaginaria denominada plano de Frankfort, sirve para lograr la posición ideal para la toma de la estatura o longitud.
Al hacer la lectura se coloca frente al persona de manera que los ojos del observador estén a 5 centímetros más de la altura de la persona y con el cartabón arriba de la	Para contar con una lectura de calidad es necesario contar con una buena visibilidad; si no es posible y el observador es más bajo de

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 113 de 139

Acciones	Principios y razones
cabeza toma la talla.	estatura que la persona, se debe de usar una gradilla para tener una visión perfecta del dato. El cartabón es una pieza independiente del tallímetro de forma triangular, que se utiliza colocándolo arriba de la cabeza y tomar la medida.
Registra el dato e informa a la persona.	Contribuye al diagnóstico oportuno de la persona.
Indica o ayuda a la persona(a) a retirarse del tallímetro y a colocarse los zapatos y la ropa.	Una actitud amable hacia la persona (a) refleja en un alto porcentaje la calidad de la atención.
Al final de la jornada limpia el tallímetro con solución antiséptica.	La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo y evita errores en la medición.

Anexo 7: Técnica de Cama Abierta y con Persona

Acciones	Principios y razones
Efectuar lavado de manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene la transmisión de infecciones.
Prepara del equipo en una silla al lado de la piecera de la cama: <ul style="list-style-type: none"> - Dos sábanas grandes o estándar. - Una sábana clínica (persona con dificultada a movilizarse). - Cobertor. - Colcha. - Almohada con funda. - Tánico o bolsa para ropa sucia. - Paño húmedo para desinfección de la unidad. - Bolsa para ropa sucia. - Carro de transporte. 	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica. Asegurarse que el equipo esté completo para evitar pasos innecesarios y cometer errores.
Utilizar equipo de protección personal (gabachón, guantes, gorro, mascarilla descartable).	Previene contaminación y transmisión de infecciones asociadas a la atención sanitaria utilizando barreras de protección.
Aflojar ropa sucia de la cabecera a la piecera en torno a la cama. Retira colcha doblándola de arriba hacia abajo depositándola en la bolsa de ropa sucia.	Retira de esta forma evita esparcir el polvo y gérmenes.
Revisar que la sábana no lleve basura común, dispositivos u otros (capuchones o material punzante). Retira la colcha o sabana sucia de la cabecera a la piecera en torno a la cama. Retirar la sábana clínica (en caso que utilice) y sabana base en la misma forma que la colcha y revisa que no lleve basura común u otros dispositivos. Las deposita en el tánico o la bolsa de ropa sucia. Retirar la colcha doblándola de arriba hacia abajo y la deposita en la bolsa para ropa sucia. Verificar que se realice limpieza de la cama iniciando de la cabecera a la piecera utilizando el paño húmedo.	Previene que ocurran accidentes laborales al manipularse por personal de lavandería u otros. Una de las formas de propagarse los microorganismos es por medio del polvo y fómites. El paño húmedo evita la diseminación del polvo y microorganismos.



Acciones	Principios y razones
<p>Iniciar el tendido de la sabana centrado la sabana base, dejar suficiente tela en la cabecera para fijarla debajo del colchón.</p> <p>Extender la sábana para cubrir la mitad proximal del colchón, la otra mitad de la sabana déjela doblada en el centro del colchón.</p> <p>Fijar la sábana debajo en la parte superior del colchón y hacer la cartera.</p> <p>Colocar la sábana clínica que cubra el tercio medio del colchón y sujetarla debajo del mismo con la sábana base.</p> <p>Centrar la sábana superior procurando que dobladillo ancho quede a nivel del borde superior del colchón y extienda la mitad proximal de la sábana.</p> <p>Centrar el cobertor en igual forma que la sábana, de modo que la parte superior quede a nivel de los hombros a la persona.</p> <p>Colocar la colcha al mismo nivel que la sábana y hacer la cortésia, sujetar la colcha debajo del cobertor y que la sábana quede encima de la colcha.</p> <p>Hacer la cartera en la piecera del colchón con la sábana, cobertor y colcha juntos. Pasar al lado opuesto de la cama; para terminar el tendido.</p> <p>Fijar en la piecera del colchón la ropa sobrante de ambos lados.</p> <p>Colocar la funda a la almohada.</p> <p>Dejar ordenada la unidad a la persona y traslada el carro de la ropa sucia al lugar designado.</p>	<p>La ropa se restira y sujeta debajo del colchón para evitar que se pliegue al moverse a la persona.</p> <p>Evita que el cobertor quede en contacto directo con la piel de la persona, las fibras de lana irritan la piel.</p> <p>El orden produce bienestar psicológico a la persona.</p>
<p>Retirarse los guantes y equipo de protección y lavarse las manos.</p>	<p>Previene una infección asociada a la atención sanitaria.</p>
<p>Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.</p>	<p>Protege el equipo y evita su deterioro.</p>

 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p> <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 115 de 139

Anexo 8: Técnica de cama posquirúrgica (cerrada)

Acciones	Principios y razones
Efectúa lavado las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene la transmisión de infecciones, reduce el número de bacterias.
Se coloca equipo de protección personal (gabachón, gorro, guantes y mascarilla).	Proteger diferentes partes del cuerpo, para evitar que un trabajador tenga contacto directo con factores de riesgo que le pueden ocasionar una lesión o enfermedad. Previene contaminación y transmisión de infecciones asociadas a la atención sanitaria utilizando barreras de protección.
Colocar una silla en la piecera de la cama y sobre ésta la ropa limpia en el orden en el que se va a usar: - Cama con barandales y varilla telescópica. - Colcha. - Dos sábanas grandes. - Cobertor. - Sábana clínica. - Hule clínico. - Una toalla o compresa. - Bandeja – riñón. - Bolsa para ropa sucia o tánico. - Bolsa para desperdicio.	La ropa colocada en orden y a su alcance, facilita el procedimiento y evita pasos innecesarios. Se ahorra tiempo y esfuerzo al preparar lo necesario para efectuar el procedimiento.
Retirar la ropa sucia.	Evita contaminación del área.
Verificar que se realice limpieza de la cama iniciando de la cabecera a la piecera utilizando el paño húmedo.	Evita infecciones sobreagregadas.
Tender la sabana base, hule clínico y sábana clínica siguiendo los pasos de la cama abierta.	Procure que la ropa quede estirada, los pliegues producen malestar a la persona.
Tender la sabana superior, cobertor, colcha y hacer el dobléz de cortesía en la parte superior.	A las personas posoperados, la ropa debe cubrirle los hombros para evitar pérdida de calor.
Doblar hacia arriba la ropa sobrante de la piecera.	Evita que el cobertor quede en contacto directo con la piel de la persona.
Doblar en acordeón hasta el borde de la cama la ropa que cuelga lateralmente del lado proximal a la enfermera.	La ropa doblada en acordeón facilita extenderla para cubrir a la persona.
Pasar al lado contrario y repetir de igual forma los pasos del lado ya trabajado.	
Colocar toalla o compresa en el tercio superior del colchón.	La compresa protege la ropa de la cama ya que recibe las secreciones de la persona y facilita el cambio.
Colocar fuente de calor a nivel de espalda y pies.	Los efectos anestésicos y la pérdida de sangre durante la operación disminuyen la temperatura corporal.
Dejar la unidad ordenada, dispuesta a recibir a la persona.	Asegurarse de que los equipos empotrados funcionen correctamente (oxígeno, aspirador entre otros).

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 116 de 139

Anexo 9: Técnica de administración de alimentación naso enteral por Jeringa

Acciones	Principios y razones
Efectúa lavado las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Preparación del equipo (Sonda naso enteral), fórmula alimentaria según indicación, jeringas de 10, 20, 50 ml. Agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisar la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Observar las condiciones de la alimentación por sonda que se encuentre a temperatura ambiente y no tener más de 4 horas de preparación.	Asegura que la alimentación servida no le ocasionara daño a la persona.
Explicar a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Aspirar suavemente con la jeringa conectada al dispositivo de entrada de la sonda, el contenido gástrico. Si se extrae una cantidad mayor de 50 ml de fórmula (en persona adulto) se retrasará el horario de la administración y más de 100 ml se suspenderá la toma.	Verificar la cantidad de alimentación residual y confirmar la correcta colocación de la sonda.
Regresar el contenido residual al estómago.	Se evita la pérdida de electrolitos y ácido clorhídrico.
Ubicar a la persona en posición Fowler, elevando la cabecera de la cama 30° a 45°.	Previene la posibilidad de broncoaspiración.
Administrar la fórmula por jeringa y dejar que fluya lentamente, teniendo el cuidado de subir o bajar el nivel de la jeringa y pinzar la sonda cada vez que recargue la jeringa.	El subir o bajar la jeringa regula el paso de la fórmula alimenticia. El pinzar la sonda evita la entrada de aire al estómago previniendo una distensión abdominal.
Lave en interior de la sonda con 5 a 30 ml de agua purificada después de la administración de la alimentación, tomando en cuenta longitud de la misma, edad y condición de la persona.	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Pinzar nuevamente la sonda y colocarle cubierta protectora.	Evita la contaminación, el goteo y el ingreso del aire.
Revisar que sonda este sujeta a la persona.	Evita el riesgo de que se salga de su sitio y molestias a nivel de las fosas nasales por movimientos bruscos.
Mantener a la persona en posición Fowler por espacio de 30 minutos más como mínimo.	Facilita la digestión y se evita una posible broncoaspiración.
Vigilar signos habituales que indiquen la presencia de riesgos como hiperglucemia, diarrea, distensión abdominal, fecalomas y broncoaspiración.	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería y evita complicaciones.
Realiza aseo oral a la persona.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Dejar limpia y cómoda a la persona.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico la técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración	Evidencia la actividad realizada.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 117 de 139

Anexo 10: Técnica de administración de alimentación naso enteral por gavaje gástrico

Acciones	Principios y razones
Lavarse las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Preparación del equipo, fórmula alimentaria según indicación, jeringas de 10, 20, 50 ml. Agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisar la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Explicar a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Agita la bolsa con el contenido de la fórmula alimenticia.	Favorece que la mezcla permanezca con la misma consistencia, evitando la concentración de la misma, y con ello el taponamiento de la sonda.
Instala la bolsa de alimentación en el soporte porta sueros a una altura de 30 cm sobre el punto de inserción de la sonda.	Ayuda a que el alimento de la bolsa se desplace sin dificultad.
Administra la fórmula alimenticia de la bolsa por gavaje.	La fuerza de gravedad ayuda a tirar la fórmula hacia abajo.
Depura (purgar) el aire contenido en el sistema de la bolsa para alimentación, dejando pasar el alimento hasta extinguir por completo el aire.	Evita la distensión abdominal.
Conecta el tubo de la bolsa (extremo de salida) al dispositivo terminal de la sonda para alimentación, la cual permanece pinzada.	Para evitar la entrada de aire y provocar distensión abdominal.
Despinza la sonda para alimentación y dejar que fluya lentamente la fórmula alimenticia.	El pinzar la sonda evita la entrada de aire al estómago previniendo una distensión abdominal.
Controlar la velocidad de la infusión prescrita a través del control de goteo con el regulador de flujo, a 60 gotas por minuto.	La fórmula se debe administrar en un tiempo aproximado de 10-20 minutos cada 4-6 horas, procurando que no exceda 30 ml por minuto lo infundido.
Verifica que se mantenga la velocidad de la infusión según la prescripción.	Evita complicaciones.
Llenar la jeringa con 20 a 40 ml de agua y volver a colocar en la sonda. Vaciar la jeringa lentamente hasta que toda el agua esté en el estómago.	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Pinzar nuevamente la sonda y colocarle cubierta protectora.	Evita la contaminación y el goteo.
Revisar que sonda este sujeta a la persona.	Evita el riesgo de que se salga de su sitio y molestias a nivel de las fosas nasales por movimientos bruscos.
Mantener a la persona en posición Fowler por espacio de 30 minutos más como mínimo.	Facilita la digestión y se evita una posible broncoaspiración.
Controle la piel alrededor del sitio de colocación en busca de signos de irritación o infección.	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería y evita complicaciones.
Realiza aseo oral a la persona.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Dejar limpia y cómoda a la persona.	Proporciona seguridad y comodidad.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 118 de 139

Acciones	Principios y razones
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 11: Técnica de administración de alimentación naso enteral por bomba de alimentación enteral

Acciones	Principios y razones
Lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Prepara el equipo, fórmula alimentaria según indicación, bomba de infusión, agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisa la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Comprueba que las características de la fórmula nutricional sean las adecuadas: temperatura ambiente, dilución y homogeneidad.	Anotar la cantidad de solución residual (20 ml).
Explica a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Cuelga el envase al menos 20 cm por encima de la cabeza de la persona con la fórmula nutricional y la conecta al sistema de administración.	Al colgar el envase con la alimentación a la altura mencionada la fórmula fluya mejor.
Conecte el sistema de administración a la bomba siguiendo las instrucciones específicas para el modelo de bomba que le han proporcionado.	Si se administra con rapidez puede producir síndrome de vaciamiento rápido. En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24 horas.
Programa la bomba con la pauta de velocidad indicada por el profesional que atiende a la persona y de acuerdo al manual de instrucciones del equipo a utilizar.	Al programar correctamente como se muestra en el correspondiente manual de instrucciones de la bomba, se cumple con la indicación terapéutica.
Inicia la administración asegurando que el sistema de nutrición esté conectado a la sonda.	La administración de fórmulas nutricionales por sonda colocada erróneamente puede causar broncoaspiración.
Cuando termine la nutrición, descuelgue el envase y desconéctelo del sistema de administración.	En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24 horas.
Desconecte el sistema de administración de la sonda.	Dejar cómodo a la persona.
Para terminar, lave la sonda pasando 20-30 ml de agua con una jeringa (en caso de nutrición continua, cada 6 horas).	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Realizar el aseo de la cavidad oral.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Sujetar la sonda nasogástrica con una cinta prolija, en el lugar que le sea más cómodo a la persona para su movilización. No debe quedar ni suelta ni	Proporciona seguridad y comodidad.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 119 de 139

Acciones	Principios y razones
desprolija.	
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 12: Técnica de alimentación por gastrostomía

Anexo 12a: Técnica administración en gastrostomía por jeringa

Acciones	Principios y razones
Lavarse las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Preparación del equipo, fórmula alimentaria según indicación, jeringas de 10, 20, 50 ml. Agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisar la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Observar las condiciones de la alimentación por sonda que se encuentre a temperatura ambiente y no tener más de 24 horas de preparación.	Asegura que la alimentación servida no le ocasione daño a la persona.
Explicar a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Examinar el tubo para garantizar que no existen dobleces que puedan impedir el paso de la comida.	Ayuda a evitar que retorne la alimentación.
Aspirar suavemente en el caso de gastrostomía con la jeringa conectada al dispositivo de entrada de la sonda, el contenido gástrico y en yeyunostomía.	Verificar la cantidad de alimentación residual y confirmar la correcta colocación de la sonda.
Regresar el contenido residual al estómago y pinzar la sonda.	Se evita la pérdida de electrolitos y ácido clorhídrico.
Ubicar a la persona en posición Fowler, elevando la cabecera de la cama 30° a 45°.	Previene la posibilidad de broncoaspiración.
Administrar la fórmula por jeringa y dejar que fluya lentamente, teniendo el cuidado de subir o bajar el nivel de la jeringa y pinzar la sonda cada vez que recargue la jeringa.	El subir o bajar la jeringa regula el paso de la fórmula alimenticia. El pinzar la sonda evita la entrada de aire al estómago previniendo una distensión abdominal.
Verificar que la cantidad a administrar en cada toma no sea superior a los 200 ml.	Evita sobre cargar el estómago.
Al administrar la alimentación, vigilar signos de náuseas, vómitos, distensión abdominal o irritabilidad. Si esto sucede, detenga la alimentación y llame al médico de inmediato.	Ayuda a recibir atención inmediata y evita complicaciones.
Llenar la jeringa con 20 a 40 ml de agua y volver a colocar en la sonda. Vaciar la jeringa lentamente hasta que toda el agua esté en el estómago.	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 120 de 139

Acciones	Principios y razones
Pinzar nuevamente la sonda y colocarle cubierta protectora.	Evita la contaminación y el goteo.
Revisar que sonda este sujeta a la persona.	Evita el riesgo de que se salga de su sitio y molestias a nivel de las fosas nasales por movimientos bruscos.
Mantener a la persona en posición Fowler por espacio de 30 minutos más como mínimo.	Facilita la digestión y se evita una posible broncoaspiración.
Controle la piel alrededor del sitio de colocación en busca de signos de irritación o infección.	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería y evita complicaciones.
Realiza aseo oral a la persona.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Dejar limpio y cómodo a la persona.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 12b: Técnica administración en gastrostomía por gavage

Acciones	Principios y razones
Lavarse las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Preparación del equipo, fórmula alimentaria según indicación, jeringas de 10, 20, 50 ml. Agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisar la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Explicar a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Agita la bolsa con el contenido de la fórmula alimenticia.	Favorece que la mezcla permanezca con la misma consistencia, evitando la concentración de la misma, y con ello el taponamiento de la sonda.
Instala la bolsa de alimentación en el soporte porta sueros a una altura de 30 cm sobre el punto de inserción de la sonda.	Ayuda a que el alimento de la bolsa se desplace sin dificultad.
Administra la fórmula alimenticia de la bolsa por gavage.	La fuerza de gravedad ayuda a tirar la fórmula hacia abajo.
Depura (purgar) el aire contenido en el sistema de la bolsa para alimentación, dejando pasar el alimento hasta extinguir por completo el aire.	Evita la distensión abdominal.
Conecta el tubo de la bolsa (extremo de salida) al dispositivo terminal de la sonda para alimentación, la cual permanece pinzada.	Para evitar la entrada de aire y provocar distensión abdominal.
Despinza la sonda para alimentación y dejar que fluya lentamente la fórmula alimenticia.	El pinzar la sonda evita la entrada de aire al estómago previniendo una distensión abdominal.
Controlar la velocidad de la infusión prescrita a través del control de goteo con el regulador de flujo, a 60 gotas por minuto.	La fórmula se debe administrar en un tiempo aproximado de 10-20 minutos cada 4-6 horas, procurando que no exceda 30 ml por minuto lo infundido.
Verifica que se mantenga la velocidad de la	Evita complicaciones.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 121 de 139

Acciones	Principios y razones
infusión según la prescripción.	
Llenar la jeringa con 20 a 40 ml de agua y volver a colocar en la sonda. Vaciar la jeringa lentamente hasta que toda el agua esté en el estómago.	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Pinzar nuevamente la sonda y colocarle cubierta protectora.	Evita la contaminación y el goteo.
Revisar que sonda este sujeta a la persona.	Evita el riesgo de que se salga de su sitio y molestias a nivel de las fosas nasales por movimientos bruscos.
Mantener a la persona en posición Fowler por espacio de 30 minutos más como mínimo.	Facilita la digestión y se evita una posible broncoaspiración.
Controle la piel alrededor del sitio de colocación en busca de signos de irritación o infección.	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería y evita complicaciones.
Realiza aseo oral a la persona.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Dejar limpio y cómoda a la persona.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 12c: Técnica administración en gastrostomía por bomba de infusión

Acciones	Principios y razones
Lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Prepara el equipo, fórmula alimentaria según indicación, bomba de infusión, agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisa la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Comprueba que las características de la fórmula nutricional sean las adecuadas: Temperatura ambiente, dilución y homogeneidad.	Anotar la cantidad de solución residual (20 ml).
Explica a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Cuelga el envase al menos 20 cm por encima de la cabeza de la persona con la fórmula nutricional y la conecta al sistema de administración.	Al colgar el envase con la alimentación a la altura mencionada la fórmula fluya mejor.
Conecte el sistema de administración a la bomba siguiendo las instrucciones específicas para el modelo de bomba que le han proporcionado.	Si se administra con rapidez puede producir síndrome de vaciamiento rápido. En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24 horas.
Programa la bomba con la pauta de velocidad indicada por el profesional que atiende a la persona y de acuerdo al manual de instrucciones del equipo a utilizar.	Al programar correctamente como se muestra en el correspondiente manual de instrucciones de la bomba, se cumple con la indicación terapéutica.
Inicia la administración asegurando que el sistema de nutrición esté conectado a la sonda.	La administración de fórmulas nutricionales por sonda colocada erróneamente puede causar broncoaspiración.
Cuando termine la nutrición, descuelgue el envase	En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 122 de 139

Acciones	Principios y razones
y desconéctelo del sistema de administración.	horas.
Desconecte el sistema de administración de la sonda.	Dejar cómoda a la persona.
Para terminar, lave la sonda pasando 20-30 ml de agua con una jeringa (en caso de nutrición continua, cada 6 horas).	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Realizar el aseo de la cavidad oral.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Sujetar la sonda nasogástrica con una cinta prolija, en el lugar que le sea más cómodo a la persona para su movilización. No debe quedar ni suelta ni desprolija.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 13: Técnica de alimentación por yeyunostomía

Anexo 13a: Técnica de alimentación en yeyunostomía por jeringa

Acciones	Principios y razones
Lavarse las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Preparación del equipo, fórmula alimentaria según indicación, jeringas de 10, 20, 50 ml. Agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisar la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Explicar a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Agita la bolsa con el contenido de la fórmula alimenticia.	Favorece que la mezcla permanezca con la misma consistencia, evitando la concentración de la misma, y con ello el taponamiento de la sonda.
Instala la bolsa de alimentación en el soporte porta sueros a una altura de 30 cm sobre el punto de inserción de la sonda.	Ayuda a que el alimento de la bolsa se desplace sin dificultad.
Administra la fórmula alimenticia de la bolsa por gavage.	La fuerza de gravedad ayuda a tirar la fórmula hacia abajo.
Depura (purgar) el aire contenido en el sistema de la bolsa para alimentación, dejando pasar el alimento hasta extinguir por completo el aire.	Evita la distensión abdominal.
Conecta el tubo de la bolsa (extremo de salida) al dispositivo terminal de la sonda para alimentación, la cual permanece pinzada.	Para evitar la entrada de aire y provocar distensión abdominal.
Despinza la sonda para alimentación y dejar que fluya la fórmula alimenticia lenta sin interrupción durante 20 a 24 horas.	El pinzar la sonda evita la entrada de aire al estómago previniendo una distensión abdominal.
Controlar la velocidad de la infusión prescrita a	La alimentación continua es mejor tolerada por personas en

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 123 de 139

Acciones	Principios y razones
través del control de goteo con el regulador de flujo, a 10 gotas por minuto.	sondas pospilórica.
Verifica que se mantenga la velocidad de la infusión según la prescripción.	Las tasas de infusión más bajas. Infusiones de 100-120 ml/h son bien toleradas en sondas entéricas pospilórica.
Verifica que se mantenga la velocidad de la infusión según la prescripción.	Evita complicaciones.
Llenar la jeringa con 20 a 40 ml de agua y volver a colocar en la sonda. Vaciar la jeringa lentamente hasta que toda el agua esté en el estómago.	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Pinzar nuevamente la sonda y colocarle cubierta protectora.	Evita la contaminación y el goteo.
Revisar que sonda este sujeta a la persona.	Evita el riesgo de que se salga de su sitio y molestias a nivel de las fosas nasales por movimientos bruscos.
Controle la piel alrededor del sitio de colocación en busca de signos de irritación o infección.	La observación sistemática y científica incrementa la calidad de la atención de enfermería y evita complicaciones.
Realiza aseo oral a la persona.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Dejar limpio y cómodo a la persona.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 13b: Técnica de alimentación en yeyunostomía por bomba de infusión

Acciones	Principios y/o razones
Lava las manos al inicio y al final del procedimiento.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Prepara el equipo, fórmula alimentaria según indicación, bomba de infusión, agua purificada, estetoscopio y otros especificados en el paso 3 del procedimiento.	Evita la pérdida de tiempo y permite disponer de material necesario para la realización de la técnica.
Revisa la prescripción médica e identificación de la persona.	Garantiza que la fórmula a administrar es la indicada para la persona y disminuye el riesgo de error.
Comprueba que las características de la fórmula nutricional sean las adecuadas: temperatura ambiente, dilución y homogeneidad.	Anotar la cantidad de solución residual (20 ml).
Explica a la persona el procedimiento que se le va a realizar.	Disminuye la ansiedad de la persona y le ayuda a colaborar con la administración de la alimentación.
Se calza guantes limpios.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Cuelga el envase al menos 20 cm por encima de la cabeza de la persona con la fórmula nutricional y la conecta al sistema de administración.	Al colgar el envase con la alimentación a la altura mencionada la fórmula fluye mejor.
Conecte el sistema de administración a la bomba siguiendo las instrucciones específicas para el modelo de bomba que le han proporcionado.	Si se administra con rapidez puede producir síndrome de vaciamiento rápido. En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24 horas.
Programa la bomba con la pauta de velocidad indicada por el profesional que atiende a la persona y de acuerdo al manual de instrucciones del equipo a utilizar.	Al programar correctamente como se muestra en el correspondiente manual de instrucciones de la bomba, se cumple con la indicación terapéutica.

Acciones	Principios y/o razones
Inicia la administración asegurando que el sistema de nutrición esté conectado a la sonda.	La administración de fórmulas nutricionales por sonda colocada erróneamente puede causar broncoaspiración.
Cuando termine la nutrición, descuelgue el envase y desconéctelo del sistema de administración.	En personas con yeyunostomía deberá programarse cada 24 horas.
Desconecte el sistema de administración de la sonda.	Dejar cómoda a la persona.
Para terminar, lave la sonda pasando 20-30 ml de agua con una jeringa (en caso de nutrición continua, cada 6 horas).	Se mantiene limpia la sonda y se evita la obstrucción de la misma.
Realizar el aseo de la cavidad oral.	Al mantener la higiene oral se evitan complicaciones posteriores como afecciones cardíacas.
Sujetar la sonda nasogástrica con una cinta prolija, en el lugar que le sea más cómodo a la persona para su movilización. No debe quedar ni suelta ni desprolija.	Proporciona seguridad y comodidad.
Retírese los guantes y lávese las manos.	Previene una infección asociada a la atención sanitaria.
Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	Protege el equipo y evita su deterioro.
Registrar en expediente clínico técnica realizada, cantidad de fórmula, frecuencia y ritmo de administración.	Evidencia la actividad realizada.

Anexo 14: Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton

Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton

Nombre de la persona:		
Edad:	Cama:	Área:
Número de expediente:		Fecha:
Diagnóstico de ingreso:		Turno:

Factores de riesgo	Si	No
- Tiene historias de caídas previas.		
- Esta agitado, confuso, desorientado y/ inconsciente.		
- Toma fármacos de acción central: psicotrópicos, hipnóticos, relajantes musculares entre otros.		
- No escucha.		
- Tiene visión limitada.		
- Necesita acudir con frecuencia al baño, y/o es incontinente.		
- Tiene dificultad para caminar o incorporarse Instrumento para evaluación de factores de riesgo al ingreso y durante todo el proceso de hospitalización.		

Cada respuesta afirmativa suma un punto un resultado final de 2 o más puntos indican aumento de riesgos de caída y determina **"persona con alto riesgo de caída"**.

Coloque en una tarjeta el riesgo de la persona y ubicarla en la cabecera de la persona, en el expediente clínico anotar el riesgo e indique las recomendaciones para evitar el riesgo de caídas.

 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p> <p>MINISTERIO DE SALUD</p>	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 125 de 139

Anexo 15: Técnica de limpieza y desinfección terminal de áreas

Acciones	Principios y razones
Colocarse el equipo de bioseguridad.	Proteger su integridad física.
Cubre las barras de madera o metal con los paños de tela en la parte distal.	Facilita la aplicación de las soluciones de limpieza y desinfección.
Prepara tres garrafas: 1 con agua jabonosa. (1 onza de detergente por garrafa), 1 con agua potable y 1 con solución desinfectante según la disponibilidad institucional. Si se usa lejía, la concentración debe ser a 1000 partes por millón. (1 galón de agua +90cc de lejía al 5%).	Evita pérdida de tiempo.
Retira todos los insumos (suturas, paquetes, guantes, tambos entre otros) a un área cerca y protege.	Facilita el lavado y desinfección de las áreas.
Luego separa todos los muebles y equipos de las paredes.	
Sella o protege los toma corriente.	Evita accidentes laborales.
Verifica que no haya secreciones ni basura en el piso.	Si hubiera secreciones, debe ser retirada antes de comenzar el procedimiento de limpieza y desinfección.
Toma un primer paño montado en la barra lo humedece sobre la cubeta con la solución jabonosa.	El paño húmedo evita el derrame de agua en el piso.
Inicia el lavado del techo, lavando la pared del fondo hacia afuera, con movimientos de arriba hacia abajo hasta el nivel de su cintura realizando fricción (no regrese el paño por donde ya lo paso).	Evita el arrastre de microorganismos de abajo hacia arriba.
Repite el paso anterior desde el nivel de la cintura hacia abajo enjabonando puertas y perillas.	El detergente remueve la suciedad lo que permite que la solución desinfectante actúe sin dificultad.
Toma el segundo paño y lo humedece con agua realizando el procedimiento antes mencionado utilizando únicamente agua.	Humedezca el paño con agua jabonosa las veces necesarias. Utilizar paño húmedo con agua hasta eliminar completamente la solución jabonosa.
Toma un tercer paño montado en la barra.	Cerciórese que la pared esta seca antes de aplicar la solución desinfectante.
Lo humedece con solución desinfectante (vierte sobre la cubeta) y aplica en la pared con los mismos movimientos de arriba hacia abajo hasta el nivel de la cintura.	Las soluciones desinfectantes a utilizar dependerán de la disponibilidad con que cuente su establecimiento.
Repite los mismos movimientos de la cintura hacia abajo.	Mantener la seguridad del procedimiento.
Lavadas y desinfectadas las paredes continúa con la desinfección de aparatos eléctricos.	Los aparatos eléctricos se desinfectan con alcohol al 70% no debe mojarlos con agua y jabón. Puede ocasionar un corto circuito.
Con un paño húmedo con alcohol al 70% limpia la superficie y cables de lámparas, aparatos de cauterio y otros.	La máquina de anestesia es responsabilidad del anestesista.
Deja limpios los implementos utilizados en el procedimiento.	Los implementos de limpieza deben ser exclusivos del quirófano o área de procedimiento.
Solicita al personal de limpieza que realiza la limpieza y desinfección del piso.	Es el personal responsable de este paso, por lo que deberá capacitarse para la realización de la limpieza y desinfección.
Cuando el piso este seco, ordene el quirófano y déjelo listo para otro procedimiento.	Mantiene la seguridad de la persona para la realización de procedimientos invasivos.
Realice anotaciones en el libro correspondiente.	El hacer anotaciones permite llevar un control del lavado y desinfección de las áreas.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 126 de 139

Anexo 16: Técnica de curación

Acciones	Principios y/o razones
Lavarse las manos.	Disminuye microorganismos.
Prepara carro de curación en forma completa.	Evita pérdida de tiempo.
Se coloca gorro, gabachón, mascarilla y gafas protectoras en forma correcta.	Protege la herida de contaminación por la caída de caspa y de cabellos, protege a la enfermera de la contaminación con secreciones.
Explica el procedimiento a la persona y pide su colaboración.	Facilita su colaboración y disminuye la ansiedad.
Prepara bolsa plástica y la coloca en el canapé, a los pies de la persona.	Para descartar el material contaminado y que no esté a la vista de la persona.
Se calza guantes (limpios) y retira el esparadrapo y apósito, haciendo leve presión en el lado contrario del que se despega respetando la dirección del vello en forma lenta.	Como medida de bioseguridad para proteger a la enfermera del contacto de secreciones del apósito. Evita el riesgo de lacerar la piel, no se produce tensión en la herida y hay poco dolor. También facilita retirar el esparadrapo.
Descarta el apósito y guantes.	Evita la contaminación del material.
Observa la condición de la herida: valorando la presencia o no de secreciones y sus características (color, olor, cantidad).	Identificar cualquier anomalía de la herida. Si presenta reporta oportunamente al médico.
Realiza lavado de manos.	Prevenir infecciones.
Abre el equipo con técnica estéril.	Mantener la esterilidad de material.
Coloca torundas y curaciones en equipo utilizando pinza de transferencia.	Evitar el desperdicio de material.
Agrega a las escudillas las soluciones a utilizar según necesidad.	Soluciones estériles.
Calza guantes limpios o estériles según el caso.	Como medida de bioseguridad para proteger a la enfermera del contacto de secreciones.
Toma la pinza auxiliar con la pinza de transferencia.	Evita usar la pinza de transferencia o la pinza auxiliar cuando se cura la herida.
Toma con la pinza auxiliar la pinza de curación.	La pinza de curación no debe utilizarse para tomar material de la escudilla ya que se contamina.
Toma con la pinza auxiliar la torunda humedecida con solución salina desde la escudilla y con la pinza de curación recibe la torunda y limpia la herida.	Prevenir infecciones.
Toma con la pinza auxiliar la torunda humedecida con jabón yodado o clorhexidina desde la escudilla y con la pinza de curación recibe la torunda.	Evita contaminar el equipo.
Realiza curación iniciando por la herida limpia a lo más contaminado.	Si regresa la torunda, contamina la herida al pasar de lo sucio al área limpia.
Pasa la torunda con jabón yodado o clorhexidina por la herida una sola vez siguiendo la dirección de la incisión, de arriba hacia abajo; de la parte más limpia a la parte más infectada y del centro a la periferia. Si la persona tiene una herida con drenaje y una herida limpia, empiece siempre la curación por la herida limpia.	Para evitar contaminar la herida limpia, primero se cura el área limpia y después la sucia.
Toma la torunda con solución salina normal y limpia en la misma forma.	Para retirar el jabón yodado y evita una reacción alérgica.
Toma la torunda y seca en la misma forma.	Para no dejar la herida húmeda y minimizar el dolor.
Procede en herida seca a cubrir con apósito estéril convencional o de gasa y lo fija con esparadrapo,	Protege y previene la contaminación de la herida si deja menos de 3 cm no se asegura la fijación del apósito.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 127 de 139

Acciones	Principios y/o razones
dejando a cada lado de 2 a 4 cm. Fija con venda de gasa según corresponda.	
Procede en herida húmeda a colocar el apósito antimicrobiano (Parche de alginato, hidrocoloides, solución antiséptica) o según indicación médica.	Promueve el arranque mecánico de las secreciones purulentas.
Coloca apósito secundario de gasa y lo fija de la misma forma.	Protege la curación.
Si es una ulcera por pie diabético hacer uso de la normativa.	“Lineamiento técnico abordaje integral multidisciplinario”.
Descarta la bolsa con los desechos bioinfecciosos en depósito con bolsa roja.	Previene la contaminación.
Realiza cuidado posterior al equipo, según técnica.	Realizar la limpieza y enviarlo a esterilización, para usarlo nuevamente y evitar la contaminación del ambiente.
Hace anotación del procedimiento en el expediente correspondiente.	Registrar todas las actividades e intervenciones realizadas.

Anexo 17: Escala Braden

Escala de braden

El uso de esta escala de úlceras por presión se ha extendido en el ámbito profesional de los cuidados por su sencillez en el manejo. Aplicando la tabla que se incluye a continuación, se valoran los 6 parámetros de riesgo, otorgando a cada uno entre 1 y 4 puntos, de la siguiente forma:

Parámetros	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Percepción sensorial.	Completamente limitada.	Muy limitada.	Ligeramente limitada.	Sin limitación.
Exposición a la humedad.	Siempre húmeda.	A menudo húmeda.	Ocasionalmente húmeda.	Raramente húmeda.
Actividad física y deambulación.	Encamado.	En silla.	Deambula ocasionalmente.	Deambula frecuentemente.
Movilidad Cambios posturales.	Inmóvil.	Muy limitada.	Levemente limitada.	Sin limitación.
Nutrición.	Muy pobre.	Probablemente e inadecuada.	Adecuada.	Excelente.
Presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel (Cizallamiento) y roce.	Riesgo máximo.	Riesgo potencial.	Sin riesgo aparente.	

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:

- Riesgo bajo: 15 puntos o más.
- Riesgo moderado o intermedio: 13 o 14 puntos.
- Riesgo alto o elevado: menos de 12 puntos.

Anexo 18: Escala Nsras



www.upppediatria.org
@UPPpediatria

e-NSRAS

@Creative_Nurse



Neonatal Skin Risk Assessment Scale

	CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
1	EDAD GESTACIONAL ≤28 semanas	COMPLETAMENTE LIMITADO  NO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS	COMPLETAMENTE INMÓVIL  NO REALIZA NI SIQUERA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	COMPLETAMENTE ENCAMADO/A  EN CUNA TÉRMICA EN UCI	MUY DEFICIENTE  EN AYUNAS Y/O LÍQUIDOS INTRAVENOSOS NP O STP	PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA  PIEL MOJADA/HÚMEDA CADA VEZ QUE SE MUEVE O GIRA
2	>28 ≤33 semanas	MUY LIMITADO  RESPONDE SOLO A ESTÍMULOS DOLOROSOS	MUY LIMITADA  OCASIONALMENTE REALIZA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	ENCAMADO/A  EN INCUBADORA DE DOBLE PARED EN UCI	INADECUADA  < CANTIDAD DE LA ÓPTIMA LECHE MATERNA Y/O ARTIFICIAL + NP O STP	PIEL HÚMEDA  PIEL HÚMEDA CON FRECUENCIA PERO NO SIEMPRE (CAMBIO SÁBANAS 3 VECES/DÍA)
3	>33 ≤38 semanas	LIGERAMENTE LIMITADO  LETÁRGICO	LIGERAMENTE LIMITADA  FRECUENTEMENTE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN	LIGERAMENTE LIMITADA  EN INCUBADORA DE PARED SIMPLE O DOBLE EN CUIDADOS INTERMEDIOS	ADECUADA  ALIMENTACIÓN ENTERAL	PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA  PIEL HÚMEDA OCASIONALMENTE (CAMBIO SÁBANAS 1 VEZ/DÍA)
4	>38 hasta postérmino semanas	SIN LIMITACIONES  ALERTA Y ACTIVO	SIN LIMITACIONES  REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN IMPORTANTES CON FRECUENCIA Y SIN AYUDA	SIN LIMITACIONES  EN CUNA ABIERTA	EXCELENTE  LACTANCIA MATERNA O ARTIFICIAL	PIEL RARA VEZ HÚMEDA  PIEL HABITUALMENTE SECA (CAMBIO SÁBANAS SOLO CADA 24 HORAS)

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles

Neonato **CON** riesgo de UPP ≤ 17 puntos

Neonato **SIN** riesgo de UPP > 17 puntos

Neonato con riesgo **ALTO** de UPP < 13 puntos

Neonato con riesgo **MODERADO** de UPP 13-17 puntos

Neonato con riesgo **BAJO** de UPP > 17 puntos

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 130 de 139

Anexo 20: Medidas para la administración segura de medicamentos por personal de enfermería

El personal de enfermería debe:

1. Siempre practicar el lavado de manos antes de preparar y administrar un medicamento.
2. Cumplir siempre el medicamento correcto.
3. Al preparar un medicamento servir siempre la dosis correcta.
4. Al administrar un medicamento hacerlo siempre a la hora correcta.
5. Elegir siempre al paciente correcto.
6. Informar e instruir siempre al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.
7. Indagar siempre sobre alergias que pueda presentar el paciente para descartar reacciones farmacológicas.
8. Administrar siempre los medicamentos por la vía correcta.
9. Los medicamentos que se cumplan por cualquier vía, siempre deben ser preparados por el mismo personal de enfermería que lo va a administrar.
10. La persona de enfermería que administre un medicamento, será quien registre la hora de su administración en el expediente clínico del paciente o usuario.
11. No cumplir un medicamento servido por otra persona.
12. Verificar siempre las posibles reacciones posteriores a la administración de un medicamento.
13. El personal de enfermería debe:
 - a. Discutir según su juicio crítico cualquier prescripción que considere incorrecta.
 - b. Estar bien informado con respecto a los medicamentos que administra.
 - c. Mantener los narcóticos y barbitúricos como productos regulados mantenerlos en un lugar seguro (con llave).
 - d. Utilizar solo medicamentos que estén en un envase claramente etiquetado.
 - e. Toma las precauciones necesarias al administrar medicamentos que tengan efectos en la función cardíaca.
 - f. Registrar el hecho y motivo cuando una medicación no se cumple por cualquier razón.
 - g. Informar inmediatamente cometer un error de medicación.
 - h. Almacenar los medicamentos en un lugar limpio, desinfectado y libre de humedad; para evitar cambios en sus características químicas y físicas.
14. Preparar los medicamentos en el momento de su administración, manipulándolos adecuadamente para evitar alterar su composición, esterilidad y efecto (el efecto puede aumentar o disminuir si es preparado mucho antes de su administración).
15. Mantener identificados y ordenados los medicamentos. La identificación correcta y el ordenamiento de los medicamentos sea ésta en orden alfabético o por efecto esperado evita errores en su preparación y administración.
16. Como parte del componente de formación e iniciativa propia, el personal de enfermería debe conocer los medicamentos, principalmente función, efectos y antídoto; por lo tanto, es importante al tener medicamentos nuevos o desconocidos la lectura de las indicaciones del fabricante; todo esto para evitar errores en su aplicación.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	M03-Atención en salud integral e integrada a la persona en el curso de vida con enfoque de APS	Código: M03-03-UNE-MPBE-01
	M03-03-02-Gestionar el cuidado de enfermería	Versión 01
	Manual de procedimientos básicos de enfermería	Página 131 de 139

Anexo 21: Personal que elaboró el documento

Equipo técnico

NOMBRE	CARGO
Lcda. Ludys Mabel Soto de Zepeda	Jefe Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Lic. Hugo Hernán Ascencio Fuentes	Enfermero Supervisor <i>en funciones</i> , Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Lcda. Rosa Argelia Araujo.	Enfermera Supervisora Local, Unidad de Salud Intermedia de Monserrat, San Salvador.
Lcda. Cindy Raquel Acosta Peña	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.
Lcda. María Salomé Palacios Rivera	Enfermera Coordinadora, Centro de Atención de Emergencias de Apopa.
Lcda. Zoila Ivette Contreras	Sub Jefe División de Enfermería, Hospital Nacional Especializado Rosales, San Salvador
Lcda. Ana del Carmen Sandoval Cristales.	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez".
Lcda. Lizeth del Carmen Barrera Cortés	Enfermera Hospitalaria, Hospital Nacional General "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad.
Lcda. Nelly Nohemy Nolasco	Enfermera Hospitalaria, Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil, Mejicanos. San Salvador.
Lcda. Rina de Carmen Calderón	Enfermera Comunitaria, Unidad de Salud Especializada, Ciudad Mujer, Santa Ana.
Lic. René Alberto Hernández Campos	Enfermero Hospitalario, Hospital Nacional General "Dr. Arturo Morales", Metapán, Santa Ana
Lcda. Emma Mercedes Nájera	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán.
Lic. Alberto José Miranda Marinero	Enfermero Hospitalario, Hospital Nacional El Salvador.

Asistencia técnica

NOMBRE	CARGO
Lcda. Norma Cecilia Reinos de Herrera	Profesional en Planificación Estratégica, Unidad de Calidad, Ministerio de Salud, Nivel Superior.
Lcda. Clara Luz Hernández de Olmedo	Colaboradora Técnica, Unidad de Calidad, Ministerio de Salud, Nivel Superior.

Comité consultivo

NOMBRE	CARGO
Lcda. Emma Mercedes Nájera de Ascencio.	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán.
Lcda. Yanira Noemí Portillo de Hernández.	Jefe División de Enfermería, Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana.
Lcda. Cecilia Isabel Chávez de Valencia.	Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate
Lcda. Lizeth del Carmen Barrera.	Enfermera Supervisora, División de Enfermería, Hospital Nacional General "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad.
Lcda. María Deysi Menjivar Ramírez.	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional de Nueva Concepción. Chalatenango.
Lcda. Ruth Pérez Serrano.	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil, Mejicanos. San Salvador
Lcda. Rosa María Ayala de Reyes	Jefe División de Enfermería, Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez". San Salvador.



NOMBRE	CARGO
Lcda. Maritza Monterrosa.	Enfermera Supervisora de Consulta Externa, Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.
Lcda. Milagro del Carmen Castillo de Zúñiga.	Jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional General "Santa Gertrudis", San Vicente.
Lic. Manuel de Jesús Díaz de la Cruz.	Jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional "Dr. José Luis Saca" de Ilobasco. Cabañas
Mgh. Arlette Esmeralda Parada.	Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional General "Santa Teresa", Zacatecoluca, La Paz
Lcda. Aracely Esmeralda Montoya de Hernández	Enfermera Supervisora Hospitalaria, Hospital Nacional General de Cojutepeque, Cuscatlán.
Lcda. Gloria Meléndez.	Enfermera jefe de Unidad de Medicina Mujeres, Hospital Nacional General "San Pedro", Usulután.
Lcda. Rosa Mirian Canales de González.	Enfermera del Comité de Procedimientos, Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera, Morazán.
Lic. Jacob Hazael Grande Martínez.	Enfermero Supervisor Hospitalario, Hospital Nacional General de La Unión.
Lcda. Sonia Jeannette Méndez.	Enfermera jefe del Departamento de Enfermería, Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", San Miguel.
Lcda. Brenda Iveth Guillén Hernández.	Enfermera Supervisora Local, USE Guaymango, SIBASI Ahuachapán.
Lcda. Dina Guadalupe Fajardo Morán.	Enfermera Supervisora Local, USE Chalchuapa, SIBASI Santa Ana
Lcda. Dinora Estela Frayle de González	Enfermera Supervisora Local, USE Izalco, SIBASI Sonsonate
Licda. Blanca Elsa Alfaro Alfaro.	Enfermera Supervisora Local USE Dr. Carlos Diaz del Pinal, SIBASI La Libertad.
Lcda. Ada Noemi Cristales de Hernández.	Enfermera Supervisora Local USE San Jacinto, SIBASI Sur.
Lcda. Mayra Lisset Reyes de Mendoza.	Enfermera Supervisora Local USE San Martín, SIBASI Oriente.
Lcda. Zulma Guadalupe Alfaro Rivas.	Enfermera Supervisora Local USE San Pedro Perulapán, SIBASI Cuscatlán.
Tnlga. Sonia Isilma Ortiz Velasco.	Enfermera Comunitaria USE Ilobasco, SIBASI Cabañas.
Tnlga. Olga Beatriz Cortez Rodríguez.	Enfermera Supervisora Local USE Verapaz, SIBASI San Vicente.
Lcda. Glenda Ruth Hernández Alvarenga.	Enfermera Supervisora Local USE Olocuilta, SIBASI La Paz.
Lcda. Karina Isabel Morales de Mijango.	Enfermera Supervisora Local USE San Miguel, SIBASI San Miguel.
Lic. Miguel Antonio Montoya.	Enfermero Supervisora Local USE Cantón Santa Anita, MU, SIBASI Usulután.
Lcda. Dina Guadalupe Rubio	Enfermera Supervisora Local USE Corinto, SIBASI Morazán.
Lcda. Marcelina Jeanette Miranda Flores.	Enfermera Supervisora Local USE Anamoros, SIBASI La Unión.
<p>En la validación del documento participó personal operativo de hospitales y unidades de salud, además del que se detalla en el presente comité consultivo. Metodológicamente no pueden ir todos los nombres en este cuadro, pero se reconoce su participación en la validación del documento e informe final.</p>	