



## 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◊ Divulgar lineamientos e instrumentos de evaluación que garanticen una atención integral, oportuna y humanizada de los casos, en los diferentes servicios
- ◊ Desarrollar conocimientos y habilidades que permitan al personal de Enfermería tratar en forma oportuna y eficiente a los usuarios de los diferentes servicios de la Institución..

## 2. ALCANCE

Esta guía aplica para los procedimientos realizados por el equipo de enfermería de todos los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge.

## 3. RESPONSABLES

Enfermeras y auxiliares de enfermería

## 4. CONTENIDO ESPECÍFICO

### TABLA DE CONTENIDO

No.	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Página
1	Procedimiento para el lavado de manos	3
2	Procedimiento para el manejo de guantes	5
3	Uso de uniforme para personal asistencial	8
4	Procedimiento para recibo y entrega de turno de enfermería	8
5	Notas de evolución de enfermería	10
6	Procedimiento para el control de signos vitales	12
7	Instructivo para el diligenciamiento formato control de signos vitales	16
8	Procedimiento para la administración de medicamentos	17
9	Vías de administración de medicamentos	19
10	Procedimiento para el cateterismo vesical	33
11	Guía para el seguimiento a los carros de paro y contenido	35
12	Guía para la inmovilización de pacientes	38
13	Proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada	40
14	Control de visitas	41
15	Catéter venoso central	43
16	Acceso venoso periférico	46
17	Preparación del paciente para colangio pancreática endoscópica retrógrada.	47



No.	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Página
18	Procedimiento de punción para la toma de gases arteriales	48
19	Procedimiento para los cuidados con oxigenoterapia	50
20	Procedimiento para el manejo del paciente con nutrición enteral; (Cuidados con la sonda)	51
21	Control de líquidos	52
22	Procedimiento para el aspirado de traqueostomía	53
23	Procedimiento para la atención del paciente con gangrena gaseosa	55
24	Procedimiento para el egreso del paciente fallecido - especificaciones egreso usuario hospitalizado	56
25	Pautas de atención de pacientes con SARS	57
26	Procedimiento para el control de vía aérea	59
27	Recomendaciones para el ingreso a salas de infecto o aislamiento y/o de cohortización.	60
28	Procedimiento para el manejo de pacientes que ingresan directo a cirugía	62
29	Pautas para la atención del paciente quirúrgico	62
30	Guía para el manejo de heridas en el postoperatorio	64
31	Protocolo ingreso del niño (a) para cirugía, procedente cirugía ambulatoria	66
32	Cuidados perioperatorios con el niño (a) con apendicitis	68
33	Preparación para cirugía de colon en pediatría	69
34	<b>Coordinación en enfermería</b> <b>Procedimientos de coordinación entre el COVE y el servicio de esterilización</b> <b>Procedimientos de coordinación entre el COVE y el servicio de limpieza y aseo</b> <b>Procedimientos de coordinación entre el COVE y el servicio de mantenimiento</b>	70
35	Procedimiento para el paso de sonda nasointestinal a ciegas.	73
36	Procedimiento para la atención al paciente con meningitis meningocócica	74
37	Preparación del paciente para ecografía abdominal o pélvica	76
38	Procedimiento para el manejo del paciente Adulto quemado	76
39	Procedimiento para la colangiografía por tubo en T	77
40	Procedimiento para la urografía excretora	78
41	Procedimiento para la preparación de arteriografía	78
42	Procedimiento para el cuidado del paciente con drenaje de tórax	78
43	Procedimiento para el manejo de medicamentos citostáticos	79
44	Medición de la presión intra abdominal por el método intravesical	84

## 1. PROCEDIMIENTO PARA EL LAVADO DE MANOS



## OBJETIVO:

Reducir la microbiota transitoria y residente, patógena y no patógena en las manos del trabajador de la salud para cortar la cadena de transmisión de las Infecciones.

## DEFINICION:

Fricción enérgica del área de manos y muñecas, mínimo por 2 minutos. En el lavado quirúrgico incluye antebrazo hasta el codo. Se utilizan soluciones antisépticas (tipo yodóforos, clorhexidina o el desinfectante que la institución esté suministrando para esa área) haciendo enjuagues con abundante agua

## JUSTIFICACIÓN:

Un buen lavado de manos es el método más sencillo, cómodo, barato e importante en el control de la transmisión de la infección hospitalaria; proporcionando un alto margen de seguridad para el trabajador, su familia, el usuario, los visitantes y los compañeros de labores. La literatura afirma que el lavado de manos puede reducir las infecciones en un 50 %.

## SOBRE LA PIEL EXISTEN MICROORGANISMOS QUE PUEDEN SER:

1. Microbiota transitoria: Son los microorganismos que se depositan en la piel que en condiciones normales no se multiplican en ella.
2. Microbiota residente: Son los microorganismos que colonizan los huecos más profundos de la piel y los folículos pilosos y que no afecta la persona si está en buenas condiciones de salud, pero si está inmunosuprimida puede ocasionarle una infección oportunista.
3. Microbiota residente temporal: Son aquellos microorganismos contaminantes que se multiplican en la piel y permanecen en ella por breves períodos de tiempo.



## INDICACIONES DE LAVADO DE MANOS:

Debe realizarse este procedimiento al entrar al Hospital antes de iniciar las actividades. El lavado clínico de las manos debe realizarse antes y después de efectuar cualquier procedimiento invasivo o que implique contaminación con sangre y/o secreciones de pacientes. Si no hay contacto con secreciones o en caso de procedimientos rutinarios se hace la fricción con el alcohol glicerado.

## CONSIDERACIONES:

Se recomienda mantener las uñas cortas y limpias; en el caso de las áreas donde se requiere lavado quirúrgico no utilizar joyas (anillos, pulseras), utilizar jabones antimicrobianos, recogerse las mangas a la altura del codo durante el lavado, mantener las manos en alto durante el lavado, enjuagar minuciosamente y repetir el lavado las veces que sea necesario.

La piel agrietada o reseca y el área periungueal con escoriaciones o uñas deterioradas favorecen la colonización de la microbiota transitoria, en estos casos el personal debe

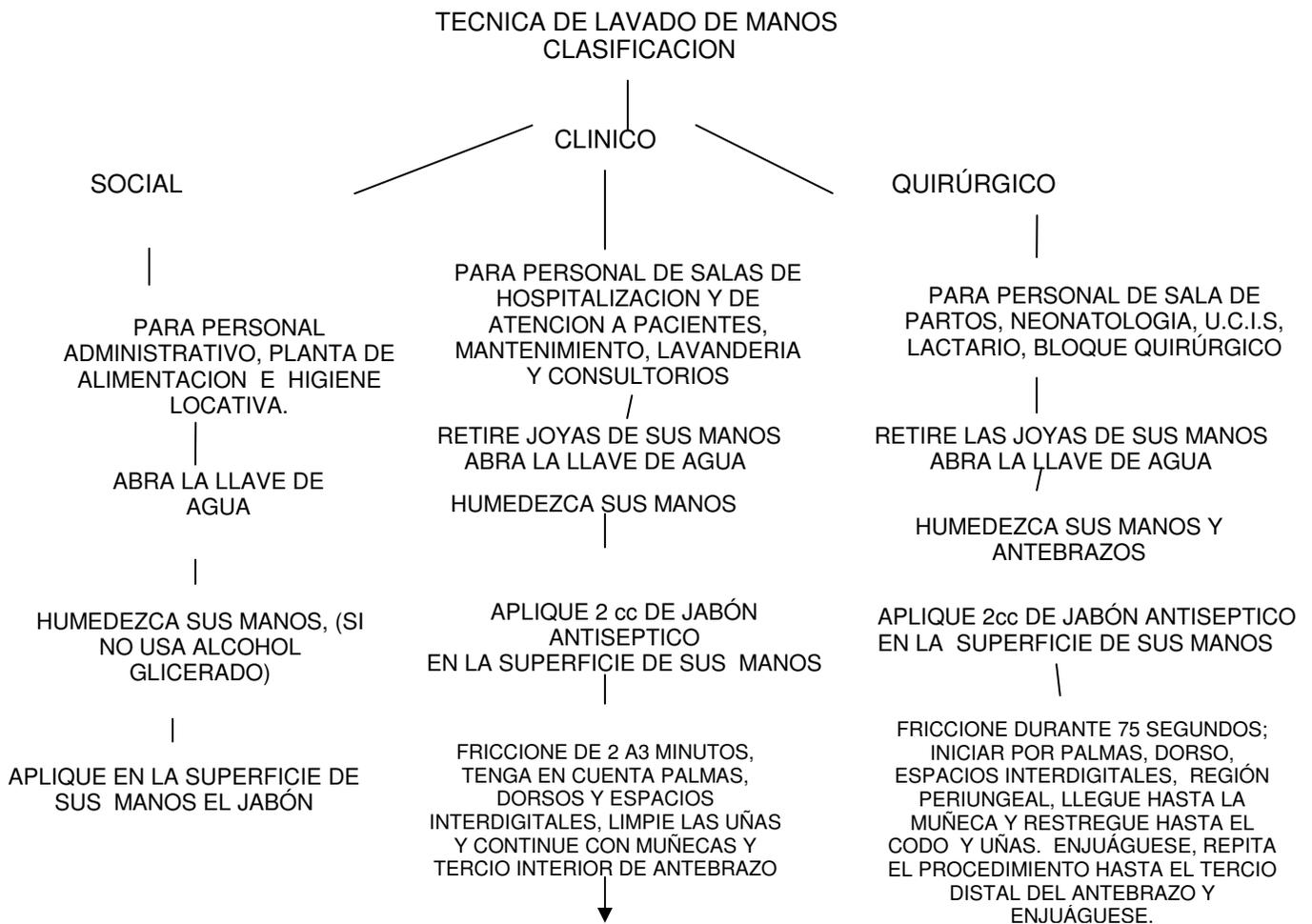


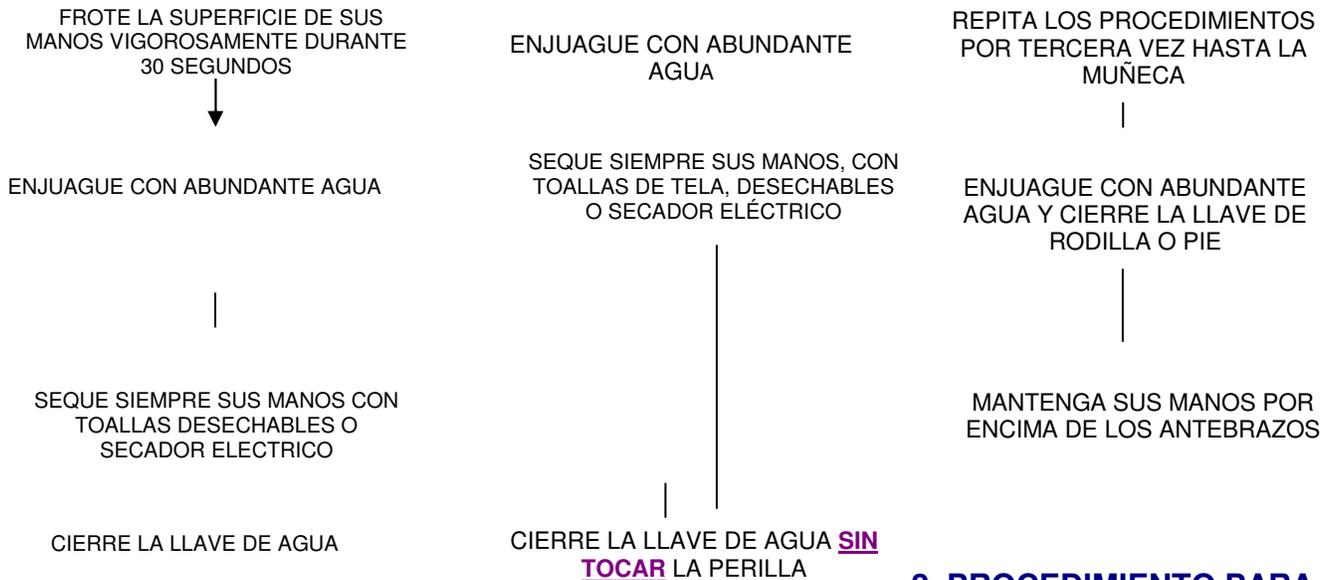
minimizar la realización de procedimientos invasivos y de trabajar con pacientes inmunosuprimidos e infectados.

El lavado quirúrgico tiene dos (2) componentes a tener en cuenta: lavado largo, el descrito en el flujograma en su totalidad y debe realizarse al iniciar la jornada, al realizar acto quirúrgico y cada vez que se ausente del servicio, el lavado corto, el descrito en el flujograma hasta 1/3 de antebrazo se realizará cada vez que se retiran los guantes y después de consumir alimentos y al salir del servicio.

Los secadores eléctricos pueden favorecer la contaminación por las turbulencias que crea, por esta razón no deben ser ubicados en áreas restringidas como en Sala de Partos, Quirófanos, Infecto, Quemados entre otros.

## FLUJograma

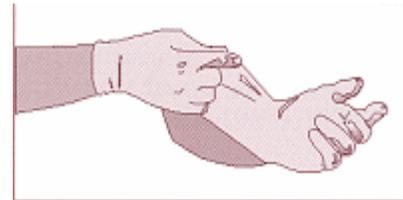




## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GANTES

### OBJETIVO:

Normar y optimizar el uso de guantes procurando disminuir el factor de riesgo biológico para los funcionarios y aumentar la protección para clientes internos y externos.



### JUSTIFICACIÓN:

Todos los procesos relacionados con la atención directa al paciente hospitalizado requieren del uso de guantes bien sea limpios o estériles, estos reducen la contaminación de las manos y evitan el paso de microorganismos de las manos del funcionario hacia el paciente; pero en ningún caso sustituye la práctica del **adecuado lavado de manos**. Son una buena barrera que debe ir acompañada del resto de las medidas de bioseguridad para ser efectiva y que en caso específico de los guantes limpios hacen indispensable el lavado de guantes (con el alcohol glicerado) entre paciente y paciente o entre procedimiento y procedimiento.

### RECOMENDACIONES:

1. Uso de guantes limpios para manipular todo fluido corporal.
2. Recuerde que el uso de guantes no sustituye el lavado de manos
3. Deseche los guantes cuando se hayan perforado y lave las manos inmediatamente.



4. No se toque los ojos, nariz o piel con las manos enguataadas.
5. Evite manipular historias clínicas, teléfonos y otros fómites con las manos enguataadas( sin previa limpieza de las manos).
6. Permanezca en el área de trabajo mientras tenga los guantes puestos.

### FLUJOGRAMA UTILIZACION DE GUANTES LIMPIOS

PROGRAME LAS ACTIVIDADES QUE  
REQUIEREN GUANTES LIMPIOS

○

LÁVESE LAS MANOS

○

CÁLCESE LOS GUANTES, TENIENDO EN  
CUENTA QUE SE ADAPTEN A SUS MANOS

○

○

SI VA A SUSPENDER LAS TAREAS PARA  
TOMAR UNOS MINUTOS DE DESCANSO,  
SALIR DEL SERVICIO, O TERMINO DE  
JORNADA ENJUAGUE SUS MANOS  
ENGUANTADAS CON LA SOLUCION QUE LA  
EMPRESA UTILIZA

○

RETÍRESE LOS GUANTES Y DESÉCHELOS EN  
BOLSA ROJA



ò

LÁVESE LAS MANOS

### FLUJOGRAMA

#### UTILIZACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES

PROGRAME LAS ACTIVIDADES QUE  
REQUIEREN GUANTES ESTÉRILES

ò

LÁVESE LAS MANOS

ò

COLÓQUESE LOS DEMAS ELEMENTOS DE  
BARRERA Y CÁLCESE LOS GUANTES  
ESTÉRILES

ò

REALICE EL PROCEDIMIENTO

ò

RETÍRESE LOS GUANTES Y COLÓQUELOS EN  
LA BOLSA ROJA PARA SER DESECHADOS

ò

LÁVESE LAS MANOS

### 3. USO DE UNIFORME PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL

#### OBJETIVO:

Ofrecer protección, seguridad y comodidad a los funcionarios que brindan atención directa a los pacientes de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 8 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

## FORMA DE USO:

- Los funcionarios deben colocarse el uniforme al ingresar al servicio donde laboran y utilizarlo durante toda su jornada de trabajo.
- El uniforme debe quitarse cuando se sale de la Institución. Excepto cuando se transporte pacientes o muestras de laboratorio a otras instituciones.

Siempre que se realicen procedimientos que impliquen contacto real o potencial con secreciones, excreciones y/o líquidos corporales, se utilizará blusa protectora

## 4. PROCEDIMIENTO PARA EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA

**Definición:** Es el conocimiento pormenorizado e individual de la evaluación del cuidado del usuario, con el fin de identificar la eficacia del plan de cuidados de enfermería proporcionado. Además, permite determinar problemas presentes subjetivos y objetivos de las necesidades del usuario. En este espacio se debe tener en cuenta el estado de ambiente físico que rodea al usuario.

### Objetivos:

- 1) Satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas del usuario.
- 2) Dar continuidad al cuidado del usuario.
- 3) Brindar cuidado individualizado.
- 4) Evaluar los objetivos propuestos en el plan de cuidados.
- 5) Identificar problemas en la atención.
- 6) Retroalimentar a los funcionarios participantes.

### Procedimiento:

En el Hospital Universitario San Jorge, la entrega de turno de enfermería se hace de la siguiente manera:

- ☞ Se entrega y recibe turno en cada jornada, a las 7, 13 y 19 horas.
- ☞ El personal de enfermería cuenta con 30 minutos a una hora para entrega y recibo de turno.
- ☞ La enfermera coordina y dirige la entrega y recibo de turno.
- ☞ La entrega puede ser:
  - ☞ En equipo.
  - ☞ En forma de revista (ordinariamente) usuario por usuario.
  - ☞ Combinación de las dos.
- ☞ La enfermera debe tener en cuenta:
  - ☞ Nombre del usuario.
  - ☞ Dieta.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 9 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- ∞ Cuidados especiales.
- ∞ Exámenes pendientes.
- ∞ Controles (líquidos, signos vitales, etc.).
- ∞ Usuarios con egreso y/o traslados pendientes
- ∞ Facturación
- ∞ Revisar historia clínica y sus diferentes formatos.
- ∞ Verificar la información consignada en la hoja de evolución.
  
- ∞ Revisar y verificar con el usuario, que la información recibida sea acorde con lo observado en el usuario.
- ∞ La enfermera debe exigir de quien entrega el turno, un informe completo del estado del usuario y de los demás datos indispensables para la continuidad del cuidado de enfermería.
- ∞ La entrega de turno se hace con historia clínica, Kardex y demás registros diligenciados del usuario.
- ∞ Al recibir y entregar turno, el personal de enfermería debe revisar el estado de los equipos, otros elementos del servicio, inventarios, censo del servicio, orden y aseo de las salas, así como de la unidad de cada usuario y de la disposición de los desechos.
- ∞ El personal de enfermería no debe retirarse del servicio sin haber entregado el turno (incluso en asignaciones sin usuarios a cargo).

#### **Formatos utilizados en la entrega de turno**

- **Kárdex:** utilizado por el personal de enfermería con el fin de brindar cuidado individualizado, al diligenciarlo se debe tener en cuenta :
  - Fecha y hora de ingreso del usuario.
  - Médico tratante.
  - Especialidad.
  - Número de la cama.
  - Nombre del usuario.
  - Número de historia clínica.
  - Diagnósticos médicos.
  - Descripción de los medicamentos aplicados y por administrar con: fecha, droga, dosis, vía, horario y fecha de suspensión.
  - Cuidados de enfermería orientados hacia el cumplimiento de órdenes médicas, cuidados propios de enfermería según las necesidades del usuario, aspectos pendientes y cirugías realizadas.

La actualización del kárdex está bajo la responsabilidad de la enfermera de la sala, si no hay el recurso el personal auxiliar de enfermería será el responsable.

En el servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Jorge no se diligencia este instrumento, la entrega se hace con la historia clínica, donde la auxiliar de enfermería y/o la enfermera deben registrar exámenes pendientes, plan de manejo en general.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 10 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- **Formato de evolución Sis 409.** En el cual el personal de enfermería según protocolo registra en forma pormenorizada los cuidados del usuario (ver protocolo para el registro de las notas de evolución).

En la Sala de Puerperio del servicio de Ginecobstetricia no se realiza el Kardex, se diligencia un formato ( listado de usuarios en puerperio) que incluye: cama, nombre del usuario, paridad, fecha del parto, involución uterina, si tiene o no herida quirúrgica, episiorrafia o desgarro, medicamentos, líquidos endovenosos, signos vitales, datos sobre el recién nacido, laboratorios pendientes y observaciones.

## 5. NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA

### OBJETIVOS

1. Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, la Institución y de los funcionarios.
2. Servir como base para revisión, estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente.
3. Proporcionar un medio de comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud que contribuyen a la atención del paciente.
4. Proporcionar evidencia sobre el curso de la enfermedad y evolución del paciente.
5. Proporcionar información para casos de investigación y docencia.

### RECOMENDACIONES GENERALES

- La letra debe ser legible.
- Utilizar únicamente para escribir color negro.
- No utilizar abreviaturas ni siglas.
- Las palabras o frases erróneas se cruzan con una línea horizontal y a continuación se hace la aclaración necesaria. Además colocar Anotación incorrecta y firma.
- No usar corrector, ni sticker
- Calificativos como Bien, Regular, etc. Son subjetivos, sólo se registrarán si son palabras textuales del paciente, y entre “comillas “.
- Puesto que es una evolución del estado del paciente, la frecuencia depende del estado del paciente. Siempre debe evolucionarse en cada turno.
- Todo procedimiento debe ser registrado inmediatamente por la persona que lo realizó, precisando hora, fecha, Nombre, Cédula de ciudadanía y registro de enfermería.
- Los registros deben ser precisos, objetivos, claros y suficientes.
- Al registrar la hora debe tenerse en cuenta que se refiera desde la hora 0:00 hasta las 24:00 horas.
- Cada evolución debe refrendarse con el nombre, apellido, cédula de ciudadanía y registro. (Opción, manejar sello con los datos mencionados. Deben registrarse únicamente las acciones ejecutadas).
- El diagnóstico del paciente no debe incluirse en la nota de evolución por parte del personal

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 11 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

de enfermería. Excepto cuando el paciente ingresa en urgencias.

- Identificar correctamente todas las hojas con: nombres y apellidos, número de historia clínica, nombre del servicio, número de cama, edad y sexo.
- Evitar cumplir órdenes verbales, y si es una urgencia estar pendiente de la formulación y el registro pertinente.
- Colocar las hojas de la historia clínica en el orden establecido.

#### **PROCEDIMIENTO:**

- Identificación completa de la hoja de evolución
- Registrar; Fecha: día, mes, año y hora.

#### ➤ **Aspectos subjetivos:**

Registrar en comillas la información que brinda el paciente, excepto en niños, teniendo en cuenta la forma como contesta, según la edad.

#### ➤ **Aspectos Objetivos:**

Incluye las observaciones clínicas descritas en orden cefalocaudal con énfasis en la patología del paciente, teniendo en cuenta la relación entre lo normal y lo anormal. Registrar aspectos pendientes del paciente, como: reportes de laboratorio, estudios y procedimientos. Traslado y/o egreso.

#### ➤ **Aspectos de Intervención:**

Aquí se registran los procedimientos que el personal de enfermería le realiza al paciente

#### ➤ **Nota de entrega del paciente:**

↩ Debe comprender:

Aspectos subjetivos.  
Aspectos objetivos.  
Acciones pendientes del paciente.  
Lectura de la nota en la entrega de turno

#### ➤ **Nota de ingreso del paciente:**

Registrar fecha: día, mes, año y hora.  
Procedencia del paciente; si trae remisión.  
Registrar aspectos; tales como: quien lo trae y en qué condiciones.  
Escribir el diagnóstico.

Describir en orden cefalocaudal lo observado en el paciente.  
Si el paciente está en condiciones; registrar entre comillas los aspectos subjetivos.  
Registrar aspectos objetivos  
Registrar aspectos de intervención

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 12 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Registrar lo pendiente

➤ **Nota de egreso del paciente:**

↶ Debe contemplar lo siguiente:

Registrar fecha: día, mes, año y hora

Aspectos subjetivos

Aspectos objetivos

Recomendaciones brindadas (incluye entrega de certificados, una copia de Rips, epicrisis, radiografías, próximos controles, entre otros)

Entrega de pertenencias

Especificar si el paciente sale acompañado y con quien.

## 6. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE SIGNOS VITALES

### Definición:

Es la forma de determinar los valores normales del funcionamiento cardíaco, de la respiración y termorregulación del organismo humano.

### Objetivos:

1. Verificar el estado del usuario de acuerdo con la frecuencia, ritmo, volumen y características presentadas.
2. Ayudar al diagnóstico y evolución de alguna de las patologías.
3. Controlar el efecto de ciertos tratamientos.

### CONTROL DE TEMPERATURA

**Definición:** Es la determinación del grado de calor del cuerpo por medio de un termómetro clínico.

### Precauciones:

#### TEMPERATURA ORAL:

Evitar tomarla:

- Después de ingerir alimentos.
- A usuarios en postoperatorios de boca y nariz.
- A personas que presenten traumatismos o infecciones de la boca.
- A usuarios con enfermedades mentales, inconscientes, agitados o con



acceso de tos.

- Recién nacidos y lactantes.
- Individualizar el uso del termómetro para cada usuario.
- Observar que el termómetro se encuentre en buen estado.
- Rectificar la cifra en caso de duda.
- Permanecer al lado del usuario mientras se toma la temperatura.

1. Para temperatura oral, coloque el termómetro debajo de la lengua y haga cerrar la boca del usuario cuidadosamente y déjelo durante 3 minutos.

### ↩ **TEMPERATURA AXILAR**

- Secar la axila antes de colocar el termómetro.
- Permanecer con el usuario mientras se toma la temperatura.

#### **Equipo:**

- Bandeja con:
- Termómetro

#### **Procedimiento:**

- Lávese las manos antes de iniciar el procedimiento.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Tome el termómetro indicado según el caso y verifique que se encuentre con la línea de mercurio por debajo de 35°C.
- Para temperatura axilar, coloque el termómetro de modo que la ampolla de mercurio quede en el centro de la axila. Haga que el usuario lo sostenga, si sus condiciones lo permiten, si no usted debe sostenerle el brazo, durante 5 minutos.
- Retire el termómetro y lea la temperatura.
- Lave el termómetro, haga que baje la columna de mercurio.
- Coloque el termómetro dentro de su estuche.
- Deje al usuario en posición cómoda.
- Lávese las manos una vez que haya terminado el procedimiento.
- Realice los registros pertinentes en la historia clínica del usuario.

### **CONTROL DEL PULSO**

**Definición:** Es el recuento que se hace por medio de la palpación de las dilataciones de la pared arterial al paso de la onda sanguínea, durante un minuto.



**Precauciones:**

1. Palpar la arteria con los dedos índice, medio y anular.
2. Hacer los controles de pulso, de preferencia antes de la ingestión de alimentos y con el usuario en reposo.
3. En caso de no encontrar el pulso en la arteria radial, localizarlo en los siguientes sitios: temporal, carotídeo, femoral y pedio.

**Equipo:**

Reloj con segundero.

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Lávese las manos antes de iniciar cualquier procedimiento.
3. Haga descansar sobre un plano firme el brazo o región donde se va a tomar el pulso.
4. Localice la arteria, haga presión suave con los dedos índice, medio y anular y cuente el número de pulsaciones por minuto.
5. Observe cualquier anomalía en tensión, frecuencia, regularidad, volumen y ritmo.
6. Lávese las manos una vez que haya terminado el procedimiento.
7. Realice los respectivos registros en la historia clínica.

**CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

**Definición:** Es el procedimiento por medio del cual se determina la tensión máxima y mínima que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias, en el momento de la sístole y de la diástole respectivamente.

**Precauciones:**

1. Colocar el manómetro de tal forma que se facilite la lectura de la escala.
2. Sacar completamente el aire del brazalete, cuando sea necesario rectificar la cifra tensional.
3. Evitar insuflar demasiado aire, cuando no sea necesario.
4. Colocar el brazalete cinco dedos por encima del pliegue del brazo, dejando este espacio para colocar el tambor del fonendoscopio.
5. Colocar el brazalete siguiendo la marcación del sitio donde se encuentre la arteria.

**Equipo:** Bandeja con:

- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Isopañin

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 15 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

2. Coloque el usuario en forma cómoda, en decúbito dorsal o sentado.
3. Descubra el brazo y coloque el brazalete.
4. Limpie los auriculares del fonendoscopio y colóquelos con la parte cóncava hacia fuera.
5. Localice la arteria y coloque sobre ella el tambor del fonendoscopio. Si no la palpa coloque el tambor sobre el trayecto anatómico de la arteria.
6. Tome la pera con la mano libre, cierre la llave sin ajustarla demasiado, palpando la arteria radial, insufla aire en el brazalete, hasta cuando deje de percibir el pulso.
7. Abra la llave lentamente para que el aire salga en forma gradual.
8. Observe la columna de mercurio. Esté alerta para ver la cifra, donde escuche el primer golpe fuerte, que corresponde a la presión arterial sistólica o máxima y la cifra donde escuche el último golpe, que corresponde a la tensión arterial diastólica o mínima.
9. Retírese el fonendoscopio y limpie los auriculares.
10. Desinfla el brazalete y retírelo del brazo del usuario. Guarde el tensiómetro y el fonendoscopio en el lugar indicado.
11. Deje cómodo al usuario.
12. Registre el procedimiento en la historia clínica del usuario y registre la tensión en la hoja de signos vitales haciendo una línea vertical continua desde la cifra de la presión máxima, hasta la cifra de la presión mínima de acuerdo a lo normado por el comité de historias clínicas.
13. Si encuentra alguna alteración informe de inmediato y registre como anotación especial, en la hoja de evolución, indicando detalladamente las características de la alteración del signo o signos y síntomas que acompañan la situación del usuario.

## CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

**Definición:** Es el recuento que se hace mediante la observación de los movimientos respiratorios, inhalación y exhalación, durante un minuto.

### Precauciones:

- ↪ Controlar la respiración cuando el usuario esté en reposo.
- ↪ Contar las respiraciones sin que el usuario se de cuenta.

**Equipo:** Reloj con segundero.

### Procedimiento:

1. Inicie el control de la respiración observando el tórax o el abdomen del usuario, ojalá después de tomar el pulso, sin retirar la mano del sitio donde lo localizó.
2. Considere como una respiración los dos movimientos tanto de inhalación como de exhalación.
3. Contabilice el número de respiraciones en un minuto.
4. Valore las características de la respiración que presente el usuario.
5. Deje al usuario en posición cómoda.
6. Registre la respiración con tinta negra en el cuadro destinado para ello, anotando el número con dígitos de la frecuencia respiratoria encontrada.
7. Registre en la historia clínica, si encontró hallazgos diferentes a lo normal y las

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 16 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

características de éstos.

## **7. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO CONTROL SIGNOS VITALES**

### **OBJETIVO:**

Proporcionar una visión gráfica de la evolución de los signos vitales del paciente registrando datos sobre el pulso, presión arterial, respiración y temperatura

### **RESPONSABILIDAD:**

El responsable del diligenciamiento de este formato es el personal de enfermería, quien toma y registra los signos vitales del paciente hospitalizado, desde el momento de su ingreso hasta su egreso.

### **NORMAS GENERALES:**

El formulario en la cara A, comprende los registros periódicos de pulso, presión arterial, y en la cara B, respiración y temperatura

- El control horario de la presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia Cardíaca, así mismo los de peso, perímetro abdominal, si el paciente lo requiere, está en la hoja de control de signos vitales seriado.
- Los formularios deberán ser diligenciados con color negro
- El sombreado indica los rangos

### **DESCRIPCIÓN DEL FORMATO:**

**CARA A:** Identificación

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Anotar los apellidos y el nombre completo del paciente

**NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:** Anotar en forma clara el número asignado al paciente

**SERVICIO:** Anotar el nombre del servicio que presta la atención al paciente

**DIA:** Casilla común en los encabezados de cada signo vital, anotar en números arábigos el día y hora correspondiente

**PULSO:** Anotar con un punto el número de pulsaciones por minutos (casilla mañana, tarde o noche M,T,N); en la mitad de cada casilla, según la escala de 30 a 140, unir puntos en cada medición.

**PRESION ARTERIAL:** Marcar con flecha 

la tensión arterial mínima y máxima en las casillas M.T.N según escala de 40 a 250, en la mitad de cada casilla, estas dos mediciones se unen con una línea vertical.

### **CARA B:**

**RESPIRACIÓN:** Marcar con un punto el número de respiraciones por minuto en las casillas M,T,N, los puntos se unen en cada medición, se registran en la mitad de cada casilla.

**TEMPERATURA:** Marcar con un punto el número de grados centígrados en la mitad de cada casilla, según la escala de 35° a 41°, unir luego los puntos en cada mención.

### **FORMATO CONTROL DE SIGNOS VITALES DE SERIADO:**

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 17 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

**MES-AÑO-DIA:** Anotar en números arábigos el año y el día al que corresponde la anotación.

**HORA:** Anotar la hora (en forma continua de 00:00 a 24:00), del control de la presión arterial. Para el registro de los demás controles (temperatura, pulso, peso, perímetro Abdominal) se anota el valor en números en la casilla respectiva, previo registro del día y la hora.

Para la frecuencia cardíaca fetal se registra la frecuencia tomada en un minuto, cada media hora, cada hora, cada dos horas, Y/o según órdenes médicas.

## 8. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se introducen al organismo, por diferentes vías, sustancias químicas o medicamentos:

**Objetivo:** Tratar las enfermedades, producir efectos paliativos, restaurativos o proveedores, prevenir enfermedades y ayudar en el diagnóstico de las mismas.

**Precauciones:**

### A. GENERALES

1. Administrar el medicamento siempre con orden escrita del médico.
2. Recordar siempre la regla de “Los cinco correctos” así:
  - 2.1. Usuario correcto
  - 2.2. Hora correcta
  - 2.3. Medicamento correcto
  - 2.4. Dosis correcta
  - 2.5. Vía correcta
3. Consultar a la persona indicada, si una orden no está clara, legible o firmada por el médico.
4. Conservar siempre la técnica aséptica, especialmente lavar las manos antes y después del procedimiento.
5. Tener en cuenta condiciones especiales del paciente, como por ejemplo exámenes o cirugías.
6. Evitar devolver a los envases originales, las medicinas no usadas o rechazadas por el usuario.
7. Mantener siempre los medicamentos perfectamente tapados y en las condiciones necesarias para su adecuada conservación.
8. Evitar la administración de dos o más medicamentos a la vez, a menos que así esté ordenado. En especial cuando son antibióticos.
9. Conocer las dosis mínimas y máximas del medicamento que está administrando y su vía de elección.
10. . Informar de inmediato a la enfermera o al médico, cualquier error en la medicación.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 18 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

11. Usar métodos para hacer agradable la medicina al paladar.
12. Evitar administrar y anotar medicinas que usted no haya preparado.
13. Notificar a la enfermera o al médico si la medicación es rechazada por el usuario o no puede administrarse.
14. Colocar la bandeja con los medicamentos en un lugar seguro.
15. Contabilizar los líquidos administrados con los medicamentos, en aquellos usuarios con restricción de los mismos.
16. Antes de administrar algunos medicamentos cerciorarse de las condiciones del usuarios, (pulso, presión arterial, reflejos) según el medicamento.
17. Confrontar la orden del médico momentos antes de la hora fijada para la administración del medicamento.
18. Cuando se reciben los medicamentos en el servicio, tener en cuenta la verificación de las fechas de vencimiento.

#### **B. PARA MEDIR LOS MEDICAMENTOS:**

- Medir la cantidad exacta del medicamento prescrito.
- Evitar hablar con alguien mientras se prepara el medicamento.
- Limpiar la boca del frasco antes de su uso.
- Colocar el medidor del medicamento a la altura de los ojos y asegurarse que sea la cantidad correcta prescrita por el médico.

#### **C. CON LOS MARBETES:**

- Administrar solo medicamentos de frascos que tengan marbetes rotulados con claridad.
- Leer las etiquetas tres veces: al recibirlo en farmacia, antes de preparar el medicamento y antes de suministrarlo al usuario.
- Evitar administrar un medicamento que se encuentre en un frasco, caja o bolsa sin etiqueta rotulada.

#### **D. PARA ELABORAR LA TARJETA DE MEDICAMENTOS:**

- Utilizar una tarjeta por cada usuario.
- Revisar las órdenes médicas del día correspondiente y elaborar las tarjetas de medicamentos de acuerdo a ellas.
- Registrar: Nombre completo del usuario, número de cama, nombre del medicamento y su respectiva presentación, dosis ordenada, vía, frecuencia, fecha, horario de administración y nombre del funcionario(s) que elaboraron registros en la tarjeta.

#### **E. CON LAS ANOTACIONES EN EL REGISTRO CLÍNICO**

- Anotar cada dosis después de haberla administrado.
- Confrontar la tarjeta con la hoja de administración de medicamentos.
- Hacer las anotaciones correspondientes como: nombre del medicamento, dosis ordenada, vía de administración, hora en que fue aplicado o administrado y nombre

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 19 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

de quien administró. También registrar la cantidad en que se diluyó el medicamento (buretrol)

- Anotar si se presentó reacción adversa al medicamento.
- Registrar claramente si un medicamento ha sido rechazado por el usuario o si no se pudo administrar.

## **9. VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS**

La vía de administración es el sitio por el cual penetra el medicamento al organismo.

### **9.1. ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO POR VIA ORAL**

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se administran por la boca medicamentos que tengan acción local o general, tales como tabletas, cápsulas, polvos y líquidos.

#### **Precauciones:**

- Evitar la administración de medicamentos por esta vía a usuarios inconscientes (por sonda nasogástrica) y con precaución a usuarios con náuseas, vómito, problemas de boca, garganta o esófago.
- Ofrecer agua al usuario para pasar el medicamento puesto que otro tipo de líquidos pueden alterar el efecto del medicamento.
- Dar el medicamento con abundante agua para evitar la absorción en esófago, excepto en patologías con restricción de los mismos.
- Comprobar que los recipientes donde se administraran los medicamentos estén limpios y secos.
- Triturar los medicamentos cuando se haga difícil la deglución, cuando el usuario es un niño o tiene sonda nasogástrica.
- Evitar la administración de medicamentos con leche, salvo orden específica del médico.
- Comprobar si el medicamento debe administrarse antes, después o con las comidas.
- Colocar las píldoras o tabletas en el recipiente directamente del envase original, sin tocarlas con los dedos.
- En caso de administración sublingual, advertir al usuario que NO degluta el medicamento.
- Proporcionar pitillos para medicamentos irritantes o que puedan manchar los dientes.
- Pasar sustancias aceitosas con agua helada, jugos de frutas o soluciones azucaradas.
- Los medicamentos que produzcan irritación deben administrarse con otro medicamento que contrarreste su acción o suministrarlas con las comidas o diluirlas.
- Cerciorarse de que el paciente tome el medicamento antes de retirarse de su lado.
- Los medicamentos presentados en cápsula deben suministrarse sin quitar la cubierta entérica, puesto que algunos se inactivan con el PH del estómago o son demasiado irritantes.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 20 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- Los jarabes y emulsiones se deben agitar antes de servirse para que el líquido sea homogéneo.

### Equipo:

Bandeja con:

- Tarjeta de medicamentos
- Copa con el medicamento prescrito
- Agua si en necesario
- Pitillo si es necesario

### Procedimiento:

1. Lavarse las manos antes de iniciar el procedimiento
2. Prepare el equipo adecuado
3. Triture o diluya los medicamentos si es necesario
4. Explique al usuario el procedimiento
5. Si no está contraindicado sienta al usuario
6. Permanezca con el usuario hasta cerciorarse de que haya deglutido el medicamento.
7. Observe cualquier reacción que presente el usuario e informe de inmediato.
8. Registre el procedimiento en la historia clínica.
9. Deje el equipo en completo orden.

## 9.2. ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR VIA TOPICA

### Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se aplica un medicamento en la piel, o en las mucosas de distintos órganos, cuya acción se efectúa en el mismo sitio de aplicación.

### Objetivos:

1. Proteger la piel o las mucosas
2. Desinflamar y descongestionar
3. Aliviar el dolor o el prurito
4. Controlar la infección
5. Dominar la secreción de líquido e impedir la formación de costras
6. Estimular la cicatrización

### Precauciones:

- Mantener la técnica aséptica de acuerdo a la clase de lesión
- Lavar la región donde se va a aplicar el medicamento para favorecer la acción.
- Aplicar las lociones sin frotar
- Usar bajalenguas cuando se van a aplicar pomada o cremas
- Tener cuidado al aplicar medicamentos sobre un área que presenta vesículas, para no romperlas.
- Eliminar las costras y las escamas antes de aplicar medicamentos tópicos.
- Frotar suavemente los medicamentos en la piel para facilitar su penetración.



- Emplear apósitos oclusivos si son necesarios para conservar el medicamento constantemente sobre la piel afectada.
- Aplicar los medicamentos con la frecuencia ordenada y en una zona lo suficientemente amplia para cubrir la parte afectada.
- Observar los cambios del usuario para asegurarse si el tratamiento es efectivo.
- Enseñar al usuario a aplicar y retirar el medicamento
- Aplicar frío o calor según orden médica.

**Equipo:** Bandeja con:

- Medicamento
- Bajalenguas
- Aplicadores
- Gasas
- Vendaje
- Esparadrappo
- Bolsa roja para desechos
- Equipo de curaciones, si es necesario hacer limpieza

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario
2. Coloque al usuario en posición cómoda
3. Haga limpieza del área, si fuere necesario
4. Aplique el medicamento con bajalenguas o aplicador según el caso
5. Haga frotación si está indicado
6. Cubra con gasa o apósito
7. Sosténgalo con vendaje o fíjelo con esparadrappo
8. Registre el procedimiento en la historia clínica del usuario

### 9.3 ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR VIA OFTÁLMICA

**Definición:**

Es el procedimiento mediante el cual se aplica en los ojos un medicamento en forma de gotas o de ungüento para obtener una acción localizada.

**Objetivos:**

1. Prevenir y controlar la infección
2. Aliviar el dolor y la congestión de la conjuntiva
3. Dilatar o contraer la pupila en algunos tratamientos o exámenes
4. Lubricar el ojo para evitar úlceras de córnea y otras complicaciones
5. Disminuir la inflamación

**Precauciones:**

- Emplear un gotero en buenas condiciones
- Verificar en cual ojo se va a aplicar el medicamento
- Evitar que el gotero o tubo toque el ojo

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 22 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

- Empezar por el ojo en mejores condiciones o no infectado, cuando es para aplicar en ambos ojos.
- Hacer presión sobre el canal lagrimal, ángulo interno, cuando se aplican gotas de sustancias tóxicas como la atropina.
- Evitar que el usuario se frote los ojos con las manos
- Hacer limpieza previa del ojo, en caso de infección severa.

### **Equipo:**

Bandeja con:

- Medicación ordenada
- Solución salina
- Aplicadores
- Gasas
- Apósito de ojo
- Cinta adhesiva
- Riñonera
- Bolsa roja para desechos

### **Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario
2. Coloque el usuario acostado o sentado con la cabeza en hiperextensión.
3. Haga limpieza externa de los ojos si es necesario, con gasa humedecida en suero fisiológico. Use una gasa cada vez y siga siempre la dirección del ángulo externo al interno.
4. Retire el apósito si lo hay, levantándolo suavemente y observe el estado de la piel.
5. Llene el gotero con solución.
6. Separe los párpados con los dedos pulgar e índice, haciendo presión sobre los huesos de la órbita.
7. Afirme la mano sosteniendo el gotero sobre la frente del usuario y manténgala a unos cinco centímetros del ojo.
8. Pida al usuario que mire hacia arriba
9. Deje caer el número de gotas ordenadas en el fondo del saco conjuntival inferior externo y mantenga el ojo abierto por un momento.
10. Haga ligera presión en el ángulo interno, para impedir que las gotas salgan o sean absorbidas por el canal lacrimal.
11. Haga que el usuario cierre los ojos, limpie la parte externa del ojo con gasa.
12. Coloque el apósito según orden médica.
13. Registre el procedimiento en la historia clínica.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE UNGÜENTOS:**

1. Coloque el dedo índice en el párpado inferior y retráigalo
2. Pida al usuario que mire hacia arriba
3. Aplique el ungüento a lo largo del saco conjuntival inferior.
4. Diga al paciente que cierre ligeramente el ojo y mueva el globo ocular en todas direcciones.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 23 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

5. Limpie el exceso de ungüento que quede en las pestañas.
6. Coloque apósito si este está ordenado.

#### 9.4. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se hace instilación de una solución medicamentosa en forma de gota en el oído externo.

**Objetivos:**

1. Aliviar el dolor y la inflamación.
2. Desinfectar los conductos auditivo externo y medio.
3. Ablandar y extraer cerumen y cuerpos extraños.

**Precauciones:**

- Limpiar el exudado de la parte exterior del oído antes de aplicar el medicamento.
- Aplicar soluciones a temperaturas de 37° C.
- Sostener el pabellón de la oreja hacia arriba y hacia atrás en los adultos, si es un niño hacia abajo y hacia atrás, para que la solución alcance el tímpano.
- Evitar que el gotero se contamine al tocar el oído.
- Aplicar la gota a más o menos medio centímetro de la oreja.
- Colocar al paciente hacia el lado opuesto al que se le aplicó la gota.

**Equipo:** Bandeja con:

- Frasco con medicamento.
- Gotero
- Gasas
- Bolsa roja para desechos

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al paciente.
2. Coloque al usuario recostado o sentado en decúbito lateral, con el oído enfermo hacia arriba.
3. Limpie bien el conducto auditivo externo.
4. Sostenga el pabellón de la oreja en la forma ya indicada y aplique el número de gotas ordenada.
5. Haga que el usuario permanezca en esta posición unos minutos para que las gotas no se salgan.
6. Limpie con gasas el exceso de medicamento.
7. Registre en la historia clínica el procedimiento.

#### 9.5. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se aplica una sustancia medicamentosa en forma de gotas en las fosas nasales.



**Objetivos:**

1. Reducir la inflamación y congestión de la mucosa.
2. Hacer analgesia y/o anestesia.
3. Ablandar los exudados y facilitar la respiración.
4. Tratar afecciones de oído y garganta.
5. Tratar afecciones de senos paranasales.
6. Desprender costras formadas por tapones anteriores.
7. Producir vasoconstricción de mucosa nasal.

**Precauciones:**

- Evitar la aplicación de medicamentos aceitosos por el peligro de provocar neumonías por aspiración.
- Sostener la cabeza en ligera hiperextensión, por unos minutos para que las gotas actúen.
- Evitar que el gotero se contamine con las paredes de la nariz.
- Evitar al máximo que el usuario se trague las gotas.

**Equipo:** Bandeja con:

- Medicamento ordenado y, gotero.
- Aplicadores humedecidos en suero fisiológico.
- Gasa
- Pañuelos desechables
- Riñonera.
  - Bolsa roja para desechos

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque al usuario sentado o acostado con la cabeza en ligera hiperextensión.
3. Limpie la nariz con aplicadores.
4. Deje caer las gotas ordenadas y advierta al usuario que conserve la posición por unos minutos.
5. Cuando el tratamiento es para el oído, coloque la gota en la fosa nasal del lado correspondiente al oído afectado y volteo al usuario para ese mismo lado.

## 9.6. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se introducen medicamentos sólidos o cremosos dentro de la cavidad de la vagina, como óvulos, tabletas y pomadas vaginales.

**Objetivos:**

1. Desinfectar y descongestionar la mucosa vaginal.
2. Aliviar el dolor y el prurito.
3. Normalizar el PH de la vagina en tratamientos específicos.

**Precauciones:**

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 25 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- Siga siempre una técnica aséptica y emplee guantes, esto minimizará el riesgo de infección.
- Antes de administrar el medicamento, examine el periné de la usuaria por si existen escoriaciones, si las descubre suspenda el tratamiento hasta consultar con el médico.
- Tras la administración del medicamento observe la mucosa que rodea la vagina, si aparece roja o tumefacta, es posible que la usuaria sea alérgica al medicamento, informe al médico inmediatamente.
- En algunos casos, se utiliza aplicador, siga entonces las instrucciones del fabricante.
- Si el óvulo está demasiado blando, póngalo unos minutos en la nevera para que se endurezca.
- Para aplicar el óvulo, tenga en cuenta que es más fácil humedeciendo este con agua.
- Evite aplicaciones durante el período menstrual.
- Realice baño genital antes de aplicar el medicamento.
- Guardar reposo por un lapso de más o menos dos horas.
- Proteja la intimidad de la usuaria.

**Equipo:** Bandeja con:

- Equipo de baño genital externo
- Medicamento ordenado
- Guantes
- Gasas
- Riñonera
- Bolsa roja para desechos

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento a la usuaria
2. Cálcese los guantes
3. Coloque a la usuaria en posición ginecológica y realice baño genital.
4. Deje listo el medicamento que va a utilizar.
5. Descubra el orificio vaginal.
6. Introduzca el medicamento profundamente en la cavidad vaginal.
7. Limpie el exceso de medicamento.
8. Coloque la usuaria en decúbito dorsal, con las piernas cruzadas y pídale que se quede así por unos minutos.
9. Registre el procedimiento en la historia clínica.

## 9.7. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

**Definición:** Es el procedimiento mediante el cual se introduce en el recto un medicamento sólido en forma alargada (supositorio) o líquido (enemas) que al fundirse a la temperatura del cuerpo produce efectos locales o generales.

**Objetivos:**

1. Provocar por vía refleja la evacuación del colon.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 26 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

2. Producir efectos sistémicos cuando el medicamento sea absorbido.
3. Evitar la acción de los medicamentos sobre el estómago.

**Precauciones:**

- Utilizar siempre medidas de bioseguridad.
- Si es supositorio, sostenerlo con los dedos el menor tiempo posible para que no se derrita.
- Introducir el supositorio por el extremo agudo o cónico, de manera que la contracción del esfínter lo impulse hacia adentro con mayor facilidad, si es enema, introducir al recto 15cc del equipo.
- Introducir el supositorio hasta 5 ó 7 centímetros dentro del recto.
- Procurar que el usuario sostenga el supositorio o enema por 20 minutos cuando éste se aplica con fines laxantes.
- Vigilar que la mucosa rectal no esté irritada.
- Evitar hacer presión con el supositorio cuando se encuentre resistencia al introducirlo.
- Si el supositorio se pone blando se puede dejar en la nevera por unos minutos.
- Si fuere necesario partir un supositorio, debe hacerlo en sentido longitudinal.
- Tome las medidas necesarias para respetar la intimidad del usuario.

**Equipo:** Bandeja con:

- Guantes.
- Lubricante en caso de enema.
- Medicamento ordenado
- Riñonera
- Bolsa roja para desechos
- Gasas

**Procedimiento:**

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque al usuario en posición de Sims.
3. Cálcese los guantes.
4. Deje listo el medicamento
5. Separe el pliegue ínter glúteo para exponer el ano, pídale al usuario que respire profundamente por la boca para contribuir a la relajación de los esfínteres anales.
6. Haga presión en los glúteos para evitar que el usuario expulse el medicamento.
7. Pídale al usuario que guarde reposo por unos minutos
8. Registre el procedimiento en la historia clínica.

**9.8. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL**

**Definición:** Es la introducción de medicamentos, mediante venopunción, directamente al torrente circulatorio. El medicamento penetra por la piel para llegar a:

- El músculo = Vía intramuscular (IM)
- Tejido celular subcutáneo o tejido graso = Vía subcutánea (SC)

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 27 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- Dermis = Vía intradérmica (ID)
- Sangre = Vía endovenosa o intravenosa (IV)

### Objetivos:

1. Obtener efectos más rápidos.
2. Evitar que el medicamento sea destruido por los jugos gástricos.
3. Aplicar medicamentos que no pueden ser administrados o tolerados por vía oral.
4. Provocar efectos locales o generales.

### Precauciones:

- Observar fecha de vencimiento y presentación del medicamento.
- Utilizar aguja diferente para envasar el medicamento.
- Hacer buena desinfección del tapón antes de perforarlo con gasa alcoholada.
- Desinfectar la región donde se va a aplicar el medicamento.
- Disolver muy bien el medicamento antes de aplicarlo.
- Proteger la ampolla con gasa para evitar lesiones al romperla.
- Revisar que la aguja esté permeable.
- Inyectar en el frasco tanta cantidad de aire como líquido se pretende extraer de él para facilitar la salida del mismo.
- Colocar la jeringa a nivel de los ojos al extraer el líquido, para obtener una medida precisa del medicamento.
- Aplicar la inyección lo más rápido posible después de prepararla.
- La aguja debe ser de calibre adecuado al líquido que se va a aplicar, a la vía y al usuario.
- Observar al usuario durante el procedimiento y después de él.

### Equipo:

Bandeja o carro de medicamentos con:

- Bandeja estéril con tapa.
- Jeringas desechables.
- Agujas desechables.
- Toallitas con alcohol.
- El medicamento a aplicar.
- Tarjeta de medicamentos.
- Bolsa roja para desechos
- Colector de cortopunzantes.

### Procedimiento general:

1. Conservar una completa técnica aséptica.
2. Seleccione el medicamento indicado de acuerdo a la orden médica, verificando presentación y dosificación.
3. Para preparar soluciones de medicamentos añada el disolvente al soluto con aguja N° 18 previa desinfección del tapón de caucho.
4. Retire la jeringa y agite el frasco de la solución en forma rotatoria hasta conseguir una mezcla homogénea.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 28 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

5. Introduzca una cantidad de aire más o menos igual al líquido que se va a extraer, si es necesario aspire la sustancia.
6. Si es ampolla limpie y proteja el cuello con un algodón y abra la ampolla.
7. Tome la ampolla entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, introduzca la aguja y aspire.
8. Explique el procedimiento al usuario.
9. Coloque al usuario en posición cómoda.
10. Seleccione el sitio de aplicación.
11. Realice asepsia del sitio donde va a aplicar el medicamento.
12. Aplique el medicamento y deje cómodo al usuario.
13. Deseche la aguja en el colector y la jeringa en la bolsa roja para desechos.
14. Registre el procedimiento en la historia clínica.

### 9.9. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA

**Definición:** Es la administración de una solución en la capa superficial de la piel entre la dermis y la epidermis, cuya característica es la formación de un botón pálido en forma de piel de naranja en el sitio de aplicación.

#### Objetivos:

1. Realizar pruebas de sensibilidad.
2. Ayudar en el diagnóstico de ciertas enfermedades.
3. Administrar algunas vacunas.

#### Precauciones:

- Elegir el sitio adecuado.
- No aspirar ni hacer masaje.
- Utilizar agujas de calibre delgado como 25 ó 26 e introducirla con el bisel hacia arriba.
- Utilizar jeringa adecuada idealmente de un centímetro.
- Verificar la formación del botón pálido.
- Explicar al usuario las reacciones en pruebas de sensibilidad e informar al médico.
- Tener disponible el equipo necesario en caso de shock.

#### Procedimiento:

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Descubra la zona de aplicación.
3. Realice desinfección de la zona.
4. Con el bisel hacia arriba introdúzcalo en un ángulo de 10 a 15 grados en tal forma que la punta de la aguja quede en la dermis.
5. Inyecte la sustancia lentamente hasta formar el botón.
6. Retire la aguja sin hacer masaje.
7. Registre el procedimiento en la historia clínica.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 29 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

## 9.10. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.

### Definición:

Es la introducción de una sustancia a través de la piel hasta el tejido celular subcutáneo.

### Objetivo:

Conseguir efecto prolongado del medicamento.

### Precauciones:

- Cerciorarse de que la inyección si es subcutánea.
- No realizar masaje.
- Aspirar antes de introducir el medicamento.
- Aplique la inyección en el tercio medio de la cara posterior externa del brazo por ser más accequible el panículo adiposo, aunque también se puede aplicar en muslos y alrededor del ombligo, respetando la línea media.

### Equipo: Bandeja o carro de medicamentos con:

- Bandeja estéril
- Jeringas.
- Agujas número 25 y 26.
- Toallitas alcoholadas.

### Procedimiento:

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque el usuario en posición adecuada.
3. Descubra y desinfecte el área elegida.
4. Introduzca la aguja en posición perpendicular. En adultos muy delgados y en niños la posición de la aguja es en forma oblicua.
5. Inyecte el líquido, saque la aguja sin hacer masaje.
6. Registre el procedimiento en la historia clínica.

## 9.11. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR

### Definición:

Es la introducción de una sustancia a través de la piel hasta el tejido muscular.

### Objetivos:

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 30 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

1. Aplicar sustancias que por su composición afectan el tejido celular subcutáneo.
2. Lograr absorción más rápida.

### Precauciones:

- Asegúrese de que el medicamento que va a administrar si es para vía intramuscular
- Aplicar preferiblemente en región glútea, si la cantidad a administrar es muy pequeña se puede utilizar el brazo o muslo.
- Introduzca la aguja en dirección vertical al glúteo.
- Dejar burbuja de aire puesto que impide que escape solución e irrite el tejido subcutáneo al extraer la aguja.
- aspire antes de inyectar el líquido. Si sale sangre retire la aguja, cámbiela y aplique la inyección en otro sitio.
- En caso de aplicar varias inyecciones no mezclar y, aplicar en diferentes sitios.
- Si al aplicar la inyección la aguja choca con el hueso retírela un poco y aspire de nuevo.
- Utilizar siempre aguja larga en pacientes obesos.
- Rotar siempre el sitio de aplicación.
- Nunca aplicar por esta vía más de 5 cc de solución.

### Equipo:

Bandeja o carro de medicamentos con:

- Toallitas alcoholadas.
- Jeringas y agujas desechables.
- Bolsa roja para desechos
- Colector para cortopunzantes

### Procedimiento:

1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque el usuario en posición adecuada.
3. Descubra y desinfecte el área elegida.
4. Deje secar el antiséptico y saque el aire de la jeringa, teniendo la aguja hacia arriba.
5. Temple la piel y en movimiento rápido introduzca la aguja en posición perpendicular a la piel.
6. aspire para cerciorarse de que no ha cogido ningún vaso.
7. Introduzca el líquido.
8. En movimiento rápido saque la aguja.
9. Haga presión en el sitio de aplicación.
10. Aplique en región glútea preferiblemente, región media del brazo y región medio externa del muslo.
11. Registre el procedimiento en la historia clínica.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 31 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

## 9.12. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA

### Definición:

Es la introducción de una solución medicamentosa mediante venopunción directamente al torrente circulatorio.

### Objetivos:

1. Obtener una acción más rápida del medicamento.
2. Administrar sustancias que no deban ser administradas por otra vía.
3. Aplicar sustancias que sirven como medio de diagnóstico.

### Precauciones:

- Comprobar que la sustancia sea para administración por esta vía.
- Sacar el aire de la jeringa antes de aplicar el medicamento.
- Evitar administrar por esta vía sustancias oleosas.
- Elegir un sitio adecuado antes de puncionar para evitar traumatismos innecesarios al usuario. Si se van a puncionar las manos, se debe elegir la no dominante y, dejar disponibles las zonas proximales por si el tratamiento continúa. Las venas de la parte inferior del brazo son otra opción para tratamientos de corta duración, ya que el usuario puede estar mas cómodo si tiene las manos libres. En las venas mas gruesas del brazo no se desarrolla flebitis con tanta rapidez como en las venas de la mano.
- Colocar el brazo del usuario a nivel más bajo que el cuerpo.
- Aplicar el torniquete en forma que no traumatice al usuario, soltarlo antes de inyectar el líquido. Una vez se haga la venopunción se deja el catéter salinizado.
- Aplicar lentamente la inyección, si no hay contraindicaciones.
- Observar la reacción del usuario.
- Vigilar complicaciones.
- Dejar cómodo y en reposo al usuario después de la aplicación de cualquier tratamiento.
- Evitar la aplicación de medicamentos en: 1) Venas de la cara interna del brazo y de la muñeca, si no es absolutamente necesario. 2) Venas situadas por debajo de una infiltración, venas debajo de una zona afectada por flebitis, venas esclerosadas o trombosadas, heridas, hematomas o lesiones cutáneas, brazo afectado por mastectomía radical, edema, coágulos o infección o brazo con una derivación o fístula arteriovenosa.
- Antes de usar cualquier aguja, obsérvela cuidadosamente para detectar cualquier tipo de imperfección.

### Equipo:

Se utiliza el mismo equipo que para las anteriores, más torniquete y protector plástico.

### Procedimiento:



1. Explique el procedimiento al usuario.
2. Coloque el usuario en posición cómoda.
3. Observe si necesita vasodilatación antes de puncionar la vena.
4. Una vez seleccionada la vena coloque el caucho protector por debajo del sitio de punción.
5. Realice desinfección del sitio elegido, teniendo en cuenta que en el momento de la venopunción debe estar el sitio seco para evitar mayor irritación.
6. Aplique el torniquete cuatro dedos arriba del sitio de punción.
7. Saque completamente el aire de la jeringa.
8. Fije la vena con la mano izquierda y con la mano derecha coja la jeringa.
9. Introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, aspire para estar seguro de que está en vena.
10. Suelte el torniquete e inyecte el medicamento.
11. Retire la aguja y haga presión sobre la vena.
12. Observe si el usuario presenta alguna reacción.
13. Registre el procedimiento en la historia clínica.
14. Facture los elementos que así lo requieran.

Nota: Por lo general el paciente tiene catéter salinizado.

## 10. CATETERISMO VESICAL

**Definición:** Es la introducción de un catéter estéril a través del meato urinario y la uretra hasta la vejiga.

### Objetivos:

1. Evacuar la orina con fines diagnósticos o terapéuticos.
2. Introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos.
3. Mantener la vejiga vacía durante algunos procedimientos quirúrgicos.
4. Prevenir lesiones de piel producidas por la orina en usuarios incontinentes.
5. Evitar el contacto de la orina con heridas en región genital o perianal.
6. Medir orina residual.
7. Controlar estrictamente la eliminación urinaria.

Las sondas que se utilizan en este procedimiento presentan variedad de forma, estructura y marca, las más comunes son:

**-Folley:** De goma amarilla, con balón inflable, de dos o tres vías.

**-Nelatón:** Sin balón, son de plástico transparente. Solo se utilizan para extraer orina y se retiran después del drenaje.

Las sondas vienen de diferentes tamaños y calibres; su numeración va de menor a mayor de dos en dos: 8, 10, 12 hasta la 24.

Es aconsejable utilizar la medida de acuerdo al tipo de paciente o patología

### Precauciones:

- Evitar al usuario exposiciones innecesarias.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 33 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

- Asegúrese de que la sonda esté conectada siempre a una bolsa recolectora formando un circuito cerrado.
- Conservar rigurosa técnica aséptica.
- Seleccionar la sonda de calibre adecuado.
- Realizar el procedimiento entre dos personas.
- Observar la capacidad del balón de la sonda folley antes de pasarla, para conocer la cantidad de líquido que puede contener.
- Después de la asepsia en hombres bajar, nuevamente el prepucio para evitar edema del glande.
- Utilizar lubricante estéril para el paso de la sonda.
- Realizar diariamente un lavado minucioso de genitales, retirando las secreciones que queden adheridas a la sonda, desinfectar el meato y zonas próximas con Solución salina normal.
- El cambio de bolsa recolectora debe hacerse siguiendo estas instrucciones: Pinzar la sonda, retirar la bolsa y conectar la nueva, desechar bolsa y despinzar la sonda.
- Cambiar sonda de folley según indicación médica.
- La bolsa recolectora debe estar a nivel más bajo que la vejiga del usuario.

### **Equipo:**

Bandeja con:

- Equipo de asepsia
- Gasas.
- Campo de ojo.
- Sonda estéril de calibre adecuado.
- Guantes estériles.
  
- Lubricante estéril.
- Jeringa de 10 cc. Aguja de calibre adecuado y agua estéril.
- Bolsa colector.

### **Procedimiento:**

1. Lavado minucioso de manos.
2. Explique el procedimiento al usuario.
3. Coloque al usuario en decúbito dorsal si es hombre y en posición ginecológica si es mujer.
4. Lavar genitales con guantes estériles, en los hombres se procederá a desinfectar la zona del glande tras haber retraído el prepucio.
5. Retire el material utilizado en el lavado.
6. Colóquese los guantes estériles y ponga el campo estéril.
7. Pruebe el balón y desínflelo nuevamente.
8. El auxiliar nos proporcionará los elementos necesarios.
9. Lubrique la sonda, en el hombre utilice el aplicador del lubricante directamente en el orificio del a uretra y aplique generosamente.
10. Doble la sonda en forma de acordeón.
11. Coloque la riñonera en medio de las piernas del usuario.
12. En las mujeres: separe los labios mayores y localice el meato urinario. En el hombre lleve

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 34 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

el pene en dirección del abdomen con el fin de vencer el ángulo que hace la uretra en la pelvis.

13. Introduzca la sonda lenta y cuidadosamente, no debe empujar con fuerza pues al hacerlo se puede lesionar la uretra.
14. Si va a dejar la sonda a permanencia, cerciórese que está en la vejiga, observando la salida de orina a través de esta.
15. Infle el balón, inyectando agua o aire según el tipo de sonda y la cantidad especificada en la misma.
16. Una vez inflado el balón retire suavemente la sonda hasta que sienta que el balón ha tocado el orificio de la vejiga.
17. Luego empuje la sonda hacia adentro unos dos centímetros, este es el punto en que el usuario sentirá más comodidad con la sonda permanente, debido a que en este sitio el balón no presiona el orificio de la vejiga.
18. Conecte la sonda al dispositivo de drenaje.
19. Deje cómodo al usuario.
20. Registre el procedimiento en la historia clínica.
21. Facture los elementos que así lo requieran.

- **Retiro de sonda vesical**

**Equipo:** Bandeja con:

- Gasas
- Guantes
- Jeringa de 20 cc.
- Bolsa roja para desechos

**Procedimiento:**

1. Explicar el procedimiento al usuario.
2. Desinflar totalmente el balón, si es una sonda con balón.
3. Retirar la sonda suavemente.
4. Desechar el material utilizado y la sonda.
5. Registrar el procedimiento en la historia clínica.

## **11. GUIA PARA EL SEGUIMIENTO A LOS CARROS DE PARO Y CONTENIDO**

**OBJETIVO:**

Realizar control a los elementos presentes en los carros de paro con el fin de garantizar la oportunidad en la atención de los pacientes en los casos de emergencia.

**RESPONSABLE:**

La enfermera de la sala y/o a quien se le delegue la función.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 35 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Esta actividad se hace en cada turno.

### PROCEDIMIENTO:

- ⑩ Verificar la presencia del listado del contenido del carro de paro, en lugar visible.
- ⑩ Verificar la existencia de medicamentos y elementos de acuerdo al listado presente en el carro de paro. Si no coincide esta correlación debe avisar a su jefe inmediato.
- ⑩ Revisar fechas de vencimiento de los medicamentos. Reportar en caso de que la fecha de vencimiento sea inferior a cuatro meses e iniciar proceso de devolución al almacén, e igualmente colocarle un distintivo al medicamento que resalte la fecha próxima de vencimiento con el fin de tener presente esta situación. Así mismo avisar al jefe inmediato la presencia de medicamentos próximos a vencer.
- ⑩ Si se consume un medicamento del cual no es posible hacer su reposición inmediata; la fórmula del medicamento debe ser entregada al jefe inmediato lo mas pronto posible para luego hacerlo descargar en Farmacia del Subalmacén correspondiente. De igual forma se debe tramitar la reposición del elemento.
- ⑩ Verificar el estado de los medicamentos y/o elementos, de tal forma que permita garantizar su adecuada conservación; (empaquete, almacenamiento, rótulo).
- ⑩ Mantener el carro de paro limpio y ordenado.
- ⑩ Firmar el registro correspondiente posterior a la verificación.

### CONTENIDO DEL CARRO DE PARO

#### MEDICAMENTOS

Verifique que el carro de paro contenga los siguientes medicamentos

- ⑩ Atropina
- ⑩ Adrenalina
- ⑩ Bicarbonato de Sodio
- ⑩ Dobutamina
- ⑩ Dopamina
- ⑩ Gluconato de Calcio
- ⑩ Midazolán
- ⑩ Morfina
- ⑩ Naloxona
- ⑩ Xilocaína al 2 %

#### SOLUCIONES:

Verifique que el carro de paro contenga las siguientes soluciones



- ⑩ Solución Salina Normal
- ⑩ Hartman
- ⑩ Dextrosa al 10 %
- ⑩ Manitol al 20%

### **ELEMENTOS:**

Verifique que el carro de paro contenga los siguientes elementos:

- ⑩ Fonendoscopio
- ⑩ Tensiómetro
- ⑩ Esparadrapo de Tela
- ⑩ Guantes
- ⑩ Torundas
- ⑩ Gel Conductor
- ⑩ Tijeras
- ⑩ Ambú Adultos y Pediátrico con (reservorio de oxígeno, cable de oxígeno y mascara CPAP)
- ⑩ Laringoscopio
- ⑩ Valvas
- ⑩ Pilas, Par
- ⑩ Bombillo de repuesto para el Laringoscopio
- ⑩ Guías para intubación
- ⑩ Pinza de maguill
- ⑩ Tubos endotraqueales 2 de cada número
- ⑩ Cánulas Nasofaríngeas Yankaver
- ⑩ Cánulas de Guedel
- ⑩ Sondas de Succión Adulto y Pediátricas (12,14,16) una de Cada número.
- ⑩ Jeringa de 20 C.C.
- ⑩ Venocat según los números que utilicen en el servicio.
- ⑩ Jeringas de 10 C.C. Y 5 C.C.
- ⑩ Equipo de Macrogoteo
- ⑩ Equipo de Microgoteo
- ⑩ Electrodo Cutáneos

### **EQUIPOS QUE SE DEBEN TENER DISPONIBLES:**

- ⑩ Desfibrilador
- ⑩ Electrocardiógrafo
- ⑩ Oxímetro de Pulso
- ⑩
- ⑩ Aspirador
- ⑩ Equipo de Acceso Intra Óseo. (Pediatria)

### **MODELO PARA REGISTRO DE CONTROL DE INVENTARIO DEL CARRO DE PARO**

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 37 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

Los ítems que tendrá el rayado son:

- Ⓢ Movimiento del carro. (Ver anexo No. 1 )
- Ⓢ Cantidad
- Ⓢ Mes
- Ⓢ Día
- Ⓢ Turno: Mañana, Tarde y Noche
- Ⓢ Observaciones
- Ⓢ Firma del Responsable

EL EQUIPO DE PARO DEBE SER REVISADO EN CADA ENTREGA DE TURNO POR PARTE DEL PERSONAL AUXILIAR Y DE ENFERMERÍA UTILIZANDO COMO MECANISMO DE CONTROL UN REGISTRO DIARIO.

NOTA: NO USAR LOS INSUMOS DEL CARRO DE PARO PARA NADA DIFERENTE A R.C.P. (REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR)

## **12. GUIA PARA LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES**

La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en ocasiones para garantizar la seguridad del paciente y del medio.

Desde el punto de vista ético la inmovilización de pacientes es un procedimiento útil e incluso necesario siempre que se ajuste a las condiciones clínicas. Lo que se pretende es establecer una guía para actuar de forma coherente, eficaz y rápida, sabiendo que en ningún caso suplen los cuidados individuales que requiere cada persona que atendemos. Servirá esta medida para mejorar la calidad de la intervención.

Es importante informar, al paciente y/o a la familia cualquier actuación que se prescriba y su motivo, siempre que sea posible.

**Definición:** Es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo con sujeción a una cama, en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar su seguridad.

### **Objetivo:**

Proporcionar seguridad al paciente, a otros pacientes, familiares y al personal asistencial.

### **Aspectos legales:**

- Ⓢ Solo se podrá sujetar al paciente cuando lo indique el médico o el Profesional de Enfermería de acuerdo a la patología.
- Ⓢ Se debe tener en cuenta el daño inminente a si mismo o, a otros, cuando otros medios han resultado ineficaces.
- Ⓢ Como medida para asegurar el seguimiento al tratamiento prescrito cuando se asocia a

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 38 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

- ⑩ No se debe utilizar la inmovilización como un acto terapéutico impuesto al paciente, castigo al paciente por una trasgresión, como respuesta a una conducta molesta o por conveniencia del equipo de trabajo.

### **Plan de actuación:**

- ⑩ Si el paciente pierde el control y/o adopta conductas físicamente peligrosas, para si mismo o para los demás, nuestro objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de todos los pacientes.
- ⑩ Para ello enfermería valorará la situación y dará aviso al médico.
- ⑩ En situaciones excepcionales por su urgencia y, siempre que cumpla los criterios de inmovilización, el personal de enfermería procederá a sujetar el paciente avisando inmediatamente al médico para que confirme o no la medida asumida.

La indicación de inmovilización debe figurar por escrito en las órdenes médicas.

### **Procedimiento:**

- ⑩ Obtener prescripción médica y explicar al paciente y a su familia, porqué son importantes las sujeciones.
- ⑩ Utilizar para la sujeción gasa, amarraderas de tela, almohadillas y/o cinturones; según el caso. Evitar la irritación y posteriores lesiones cutáneas.
- ⑩ Lavar y secar completamente la zona en la que se aplicarán las sujeciones.
- ⑩ Mientras se realiza la sujeción, una persona debe tener en cuenta la sujeción de la cabeza, evitando que el paciente se golpee.
- ⑩ Evitar que la sujeción se apriete demasiado, si el paciente tira fuerte de ella. Comprobar y revisar cada uno de los puntos de sujeción.
- ⑩ Atar o fijar los extremos de las sujeciones a las partes de la cama que se desplazan con el paciente, cuando la cama está fija.
- ⑩ Retirar las sujeciones como mínimo cada dos horas, con el fin de que se puedan realizar ejercicios pasivos y controlar el estado de la circulación cutánea del paciente. Cambiar al paciente de posición y aflojarle las sujeciones si es necesario.
- ⑩ Explicarle al paciente que sus necesidades serán atendidas.
- ⑩ Registrar en la hoja de evolución el uso de sujeciones, incluyendo porqué se utilizaron, el tipo, la hora en que se aplicaron y la hora en que se retiraron, así como la valoración de la conducta del paciente. El personal de enfermería se encarga del registro.
- ⑩ La finalización de la inmovilización tendrá lugar tras la indicación médica, por escrito en la hoja de órdenes médicas.

### **Recomendaciones:**

- ⑩ En pacientes con trauma cervical colocar collar y fijar en forma paralela al cuerpo los miembros superiores e inferiores.
- ⑩ Tener en cuenta en condiciones excepcionales para prevenir accidentes generados por características inherentes al paciente (obesidad, niños, pacientes con agitación



psicomotora, tendencias a la auto agresión), la posibilidad de inmovilizar al paciente.

- ⑩ Tener en cuenta la protección de las extremidades del paciente.
- ⑩ El paciente anciano por su tipo de piel debe ser inmovilizado de una forma que se proteja la piel.
- ⑩ Tener en cuenta que a pesar de que el paciente está inmovilizado se deben seguir realizando los cambios de posición indicados.
- ⑩ Procurar la conservación de normas de higiene con el uso de las amarraderas (deterioro, suciedad).

### 13. PROCESO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA

<b>RESPONSABLE</b>	<b>PASO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>1. Líder del Equipo</b> (Especialista, Médico, Enfermera).  (Es el único que da órdenes)	1	Reconoce el ABC. Si está en paro cardíaco inicia RCPB, teniendo en cuenta ABC.
	2	Solicita ayuda con órdenes sencillas y claras.
	3	Reconoce en voz alta la arritmia que aparece en el monitor.
	4	Todas las dosis de los medicamentos las dirá en miligramos.
<b>2. -A – B</b> (Médico, Enfermera, Terapeuta Respiratoria).	1	Procede a verificar permeabilidad de la vía aérea, brindar oxigenación con presión positiva (ambú), o a intubar si es el caso.
	2	Verifica la capacidad de respuesta y posición del tubo.
	3	Si intuba seguirá durante todo el caso ventilando al paciente.
<b>3. C</b> (Enfermera, Auxiliar de Enfermería)	1	Procederá a dar masaje cardíaco, tras localizar adecuadamente el lugar de la compresión.
	2	Durante el tiempo que dé el masaje cardíaco estará contando en voz alta las compresiones, con el ritmo de 15 compresiones 2 insuflaciones (adultos).



<b>RESPONSABLE</b>	<b>PASO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
	3	No cese nunca de dar masaje, mientras sea necesario, salvo en el momento de la intubación, que pasará hasta que el paciente haya sido intubado, si lo solicita el encargado de la vía aérea.
4. C (Enfermera, Auxiliar de Enfermería).	1	Procederá a canalizar vena según el protocolo.
	2	Administrar los medicamentos ordenados, comunicándose al líder. Aplica flush con 10 c.c. De SSN y elevación de la extremidad correspondiente para garantizar que el medicamento llegue a vía central.
5. D (Auxiliar).	1	Llevar el registro escrito de la medicación administrada, la dosis y, el tiempo que lleva transcurrido el paro desde su comienzo.

#### 14. CONTROL DE VISITAS

**DEFINICIÓN:** Procedimiento a través del cual, ingresan los familiares a los diferentes servicios del Hospital para visitar a los usuarios que por algún motivo están hospitalizados.

#### OBJETIVOS:

- Ⓢ Permitir el acompañamiento de familiares en situaciones especiales.
- Ⓢ Reducir el mínimo de estrés, tanto del usuario como de la familia en el momento de la hospitalización.
- Ⓢ Proporcionar información sobre la enfermedad y hospitalización a la familia..

#### PROCEDIMIENTO:

En el Hospital Universitario San Jorge los controles y horarios de visita se hacen de la siguiente manera:

#### ENTRADA DE LOS VISITANTES O USUARIOS

**CONSULTA EXTERNA:** Visitantes o Usuarios de:

- Ⓢ Sala de Yesos
- Ⓢ Radiología
- Ⓢ Consulta de Especialistas
- Ⓢ Administración
- Ⓢ Cirugía Electiva

**PORTERIA PRINCIPAL:** Visitantes del:

- Ⓢ Tercer piso
- Ⓢ Cuarto piso
- Ⓢ Quinto piso
- Ⓢ Unidad Renal Fresenius
- Ⓢ UCI Pediatría

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 41 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

**PORTERIA URGENCIAS:** Usuarios remitidos y que necesiten atención médica.  
Visitantes de:

- Ⓢ Observación Hombres
- Ⓢ Observación Mujeres

## CONTROL Y HORARIO DE VISITAS

Se manejan 2 tarjetas por usuario (escarapelas) y de color diferente en cada piso, el cual portará el visitante en un sitio visible.

**El control para el acceso de visitantes a las instalaciones del Hospital, como los colores de identificación de las escarapelas, se encuentran descritas en el proceso *GA-PR-003 Identificación Visitantes***

Ⓢ **Quinto Piso:** 3 Tarjetas (escarapelas) plastificadas por cada usuario  
Horario: 8 a.m. A 8 p.m.

Ⓢ **UCI Adultos:** 2 Tarjeta (escarapela) plastificada  
Horario: 2:30 p.m. a 4:00 p.m.

Ⓢ **Cuarto Piso:** 2 Tarjetas (escarapelas) plastificadas por cada usuario  
Horario: 11 a.m. A 5:00 p.m.

Ⓢ **Neonatos:** 2 Tarjetas (escarapelas)

Visita de: La madre cada 3 horas a partir de las 9:00 a.m. Hasta las 6 :00 p.m.  
El padre a partir de la 1:30 p.m. Hasta las 2:30 p.m.

Ⓢ **Tercer Piso:** 2 Tarjeta (escarapelas)  
Horario: 11:00 a.m. A 4:00 p.m.

Ⓢ **Urgencias Adultos:** 2 Tarjeta (escarapelas)  
Horario: 2:00 p.m. A 3:00 p.m.

Ⓢ **Fresenius:** Se manejan 3 tipos de visitantes:

- a. Usuarios que requieren tratamiento de diálisis, pueden ser acompañados por cinco personas más, mientras el usuario recibe el tratamiento los acompañantes reciben asesoría Psicológica.
- b. Usuarios remitidos para valoración.
- c. Usuarios que requieren atención, desde la portería principal se comunican telefónicamente y confirman el ingreso de los usuarios y visitantes Fresenius.

Ⓢ **UCI Pediátrica:** Puede permanecer el padre o la madre en la sala de espera las 24 horas.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 42 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

Horario de Visitas: Solo a los padres 11:00 a.m. A 12 m. y 4:00 p.m. A 5:00 p.m.

- ⑩ En las diferentes áreas de hospitalización se manejan permisos especiales que son autorizados por las enfermeras, para permanencia de 24 horas, con los usuarios ancianos o que requieran ser acompañados por su estado crítico.
- ⑩ En Pediatría el acompañamiento permanente de la madre o familiar es necesario, las 24 horas.
- ⑩ El Vigilante hará la ronda en toda la Institución para verificar las personas que se deben quedar, revisando los permisos.
- ⑩ La salida de elementos o equipos deben salir de la Institución con autorización de los Jefes de Servicio o autorización del área de Suministros, con formato estipulado por la Institución.
- ⑩ Los equipos que deben ser reparados serán autorizados por el Ingeniero de Mantenimiento y por la oficina de Inventarios.
- ⑩ Solo se permitirá el ingreso de alimentos que sean autorizados por el médico y/o Enfermera.
- ⑩ En caso de cambio de acompañante estos se realizarán máximo hasta las 20 horas.
- ⑩ No es permitido el ingreso de menores de 12 años, ni mascotas a la Institución.
- ⑩ No se debe fumar en ningún sitio de la Institución.
- ⑩ Los usuarios hospitalizados tienen prohibido deambular por Áreas Administrativas, Consulta Externa, y no deben realizar visitas a otras áreas de hospitalización.
- ⑩ No se permite la entrada de vendedores ambulantes. (Sólo con autorización de gerencia o subgerencia administrativa).

## **15. CATÉTER VENOSO CENTRAL**

El catéter venoso central está indicado en pacientes pediátricos para la administración rápida de líquidos y sangre, uso por períodos prolongados de nutrición parenteral total o terapia antibiótica y medición de la presión venosa central.

### **UBICACIÓN:**

- ⑩ Femoral derecha e izquierda.
- ⑩ Subclavia derecha e izquierda.
- ⑩ Yugular interna derecha e izquierda.
- ⑩ Yugular externa derecha e izquierda.

### **CATÉTERES EMPLEADOS:**

Unilumen, Bilumen o Trilumen dependiendo de la indicación.

### **EQUIPO:**

- ⑩ Catéter (# dependiendo de la edad del paciente).
- ⑩ Equipo de sutura.
- ⑩ Guantes Estériles.
- ⑩ Gasas.



- ⑩ Solución desinfectante.
- ⑩ Jeringas desechables.
- ⑩ Solución heparinizada (5000 unidades por 500 C.C. De solución salina).
- ⑩ Seda.
- ⑩ Tintura de Benjuí.
- ⑩ Extensiones de anestesia.
- ⑩ Llave de tres vías.
- ⑩ Xilocaína frasco.
- ⑩ Líquidos a infundir.
- ⑩ Tegaderm.
- ⑩ Esparadrapo y Micropore.

Después de que el médico ha instalado el catéter central proceda a realizar la inmovilización de éste de la siguiente manera:

- ⑩ Limpie nuevamente el sitio de inserción del catéter si hay presencia de algún líquido.
- ⑩ Asegure los puntos de sutura con dos tiras adhesivas de micropore.
- ⑩ Coloque Tegaderm teniendo precaución de cubrir la inserción del catéter central.
- ⑩ Coloque sobre los bordes del Tegaderm micropore.
- ⑩ Rotule en uno de los micropore la fecha de curación del catéter.
- ⑩ Registre en el kardex de enfermería la fecha de colocación del catéter.
- ⑩ Cuando el médico ordene pase las infusiones que tenga el paciente por catéter central.

## MANEJO DE LAS LÍNEAS

Todas las vías del catéter deben ser instaladas a extensiones de anestesia y llave de tres vías, para garantizar la manipulación aséptica del catéter, cualquier persona que vaya a manipular el catéter ya instalado debe lavarse las manos previamente.

Cuando se coloca un catéter, las extensiones de anestesia y las llaves de tres vías deben purgarse con la mezcla de medicamentos para infundir, con el fin de garantizar que no se suspendan.

Las líneas por donde se administran medicamentos vasoactivos como inotrópicos, cronotrópicos, (dopamina, dobutamina, epinefrina), o vasodilatadores como nitroprusiato o nitroglicerina se consideran líneas vitales y por tanto no se deben interrumpir.

La infusión de los anteriores medicamentos es vital, por lo tanto por ningún motivo se debe suspender su administración, la bomba de infusión debe dar alarma cuando aún no se haya terminado el contenido del buretrol, para dar tiempo a preparar nuevamente la mezcla.

El equipo de bomba de infusión debe tener el rótulo apropiado, donde se indique nombre del medicamento, cantidad diluida, cantidad de líquido al cual se completó la dilución y velocidad de infusión.

Cuando abra una línea o llave de tres vías, debe limpiar con gasas con solución desinfectante

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 44 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

las conexiones para realizar cualquier procedimiento, posterior a esto verifique que no haya presencia de aire, coágulos en la extensión, que el catéter quede permeable y que las infusiones queden pasando adecuadamente.

Cuando se utiliza un catéter multilumen la distribución de las líneas se hará de acuerdo a la tabla de compatibilidades e incompatibilidades que se anexan.

Se deben colocar inotrópicos en una sola vía, medicamentos para sedación, analgesia, relajación por otra vía, dejando la tercera vía para la administración de los medicamentos, bolos, toma de presión venosa central y toma de muestras de laboratorio.

Sin embargo éstos dos grupos de medicamentos son compatibles y se pueden administrar por la misma vía.

En la línea utilizada para la administración de medicamentos debe permanecer una infusión de solución salina a 2 C.C. por hora para garantizar la permeabilidad de la línea y la mínima contaminación con soluciones glucosadas.

### **TOMA DE MUESTRAS DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**

Un catéter multilumen se empleará la vía destinada para tal fin, no se deben tomar de la vía donde de estén pasando medicamentos de soporte vital como medicamentos vasoactivos.

Deben extraerse mínimo 5 C.C. en niños y en adultos 10 C.C. de sangre antes de tomar la muestra, el procedimiento debe realizarse con estricta técnica aséptica ya que la sangre debe devolverse al paciente.

Una vez realizada la toma de la muestra debe lavarse el catéter con 5 C.C. de solución salina.

Verifique que las conexiones estén debidamente colocadas y, la permeabilidad de las líneas.

### **FACTORES QUE PUEDEN CONDUCIR A INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER**

- ⑩ Múltiples intentos en el sitio de punción.
- ⑩ Hematoma en el sitio de inserción del catéter.
- ⑩ Restos sanguíneos que permanezcan debajo del sitio de inserción del catéter.
- ⑩ Fibrina o restos de sangre que permanezcan dentro del catéter o en el interior de los conductos intravenosos.
- ⑩ Escape de fluido de edema intersticial, fluidos intravenosos, sangre o acumulación de sudoración debajo de la inmovilización del catéter conduciendo a humedad en el sitio de inserción del catéter.
- ⑩ Suturas en el sitio de inserción del catéter.
- ⑩ Catéteres sin retorno sanguíneo, coágulo con efecto de válvula en la punta del catéter
- ⑩ Catéteres con fibrina en su interior.
- ⑩ Catéteres insertados cerca de sitios con presencia de infección o con fuentes de contaminación.
- ⑩ Catéteres insertados a través de quemaduras en la piel.
- ⑩ Catéteres con terapia intravenosa por largo tiempo.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 45 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- ⑩ Estados de inmunodeficiencia.
- ⑩ Catéteres insertados en condiciones de urgencia , durante resucitación cardiopulmonar.
- ⑩ Catéteres y extensiones colocadas con técnicas no estériles.
- ⑩ Fluidos intravenosos no estériles en su preparación y administración.
- ⑩ Humedad constante entre el sitio de punción y el catéter.

### **PRECAUCIONES QUE REDUCEN LA INFECCIÓN RELACIONADA CON EL CATÉTER**

- ⑩ Lávese las manos antes de manipular el catéter, utilice guantes estériles si va a realizar algún procedimiento.
- ⑩ Cuide que el flujo de líquidos al catéter sea ininterrumpido, para evitar que haya reflujo de sangre dentro del catéter y de allí a los sistemas de tubos intravenosos.
- ⑩ Lave el catéter con solución salina en cada turno con el fin de retirar detritus fibrinosos.
- ⑩ Evite los escapes de fluidos alrededor del catéter.
- ⑩ Coloque extensiones de anestesia en cada una de las vías del catéter.
- ⑩ Cambie extensiones, equipos de bomba de infusión, llaves de tres vías cuando observe la presencia de sangre en alguno de ellos, rotúrelos con fecha y hora de cambio y, anótelos en la historia clínica.
- ⑩ Observe el sitio de inserción del catéter central y ante la presencia de cualquier tipo de fluido cambie la inmovilización del catéter.
- ⑩ Conserve una adecuada técnica aséptica al administrar medicamentos por el catéter central.
- ⑩ Avise inmediatamente la presencia de cualquier signo de infección en el sitio de inserción del catéter central.
- ⑩ La curación de catéter central se hará cada 72 horas, siempre y cuando no haya presencia de fluidos en el sitio de inserción.

## **16. ACCESO VENOSO PERIFÉRICO**

### **OBJETIVOS:**

- ⑩ Identificar los factores que determinan la selección de la vena.
- ⑩ Establecer criterios básicos para realizar la venopunción.
- ⑩ Identificar principios generales para inmovilizar y mantener catéteres periféricos.

### **FACTORES A TENER EN CUENTA AL SELECCIONAR UNA VENA**

- ⑩ Si el paciente ingresa al servicio de urgencias pediatría en estado de shock, canalice inmediatamente las venas antecubitales con el Venocath más grueso y corto de acuerdo al calibre de la vena (recuerde que usted cuenta con 90 segundos o tres intentos para lograrlo, si no es posible en éste tiempo se utilizará una infusión intraósea). Utilice la vena solo para los líquidos y medicamentos de reanimación. Debe diferirse la toma de muestras de sangre en éste momento.
- ⑩ Evalúe el estado general del paciente: A todo paciente que ingrese a las UCI, se le debe canalizar una vena de grueso calibre, las de primera elección serán las antecubitales, si no es posible se canalizarán en el dorso de las manos o en extremidades inferiores y si no se logra se canalizará la yugular externa.
- ⑩ Evalúe el estado de la vena.
- ⑩ Determine el tipo de solución o medicamento a administrar.

### **EVALUACIÓN DE LA VENA**



- ⑩ Visualice el aspecto y trayecto de la vena.
- ⑩ Valore por palpación las características de la vena.
- ⑩ Valore el llenado capilar a la descompresión, esto le permite evaluar si obtendrá un buen retorno venoso.

### SELECCIÓN DEL CATÉTER

- ⑩ Para la selección del catéter tenga en cuenta:
- ⑩ Estado del paciente: Si es un paciente que se encuentra en estado crítico canalice una vena de grueso calibre.
- ⑩ Tipo de solución a administrar: Si va a administrar sangre o derivados, utilice un catéter y una vena de grueso calibre.
- ⑩ Edad: Determine la edad del paciente para la selección del catéter así:

#### CALIBRE

24.G  
22.G  
20.G  
18 G.

#### EDAD

Neonatos y lactantes  
Lactantes y pacientes no quirúrgicos  
Pacientes escolares y quirúrgicos  
Adultos

### PROCEDIMIENTO:

#### 1) COMO ABORDAR LA VENA

- ◆ Por encima de la vena.
- ◆ Por el lado de la vena.
- ◆ Por debajo de una bifurcación.
- ◆ Por palpación.
- ◆ Determinar sitio anatómico

#### 2) AVANCE DE CATÉTER

- ◆ Retire el mandril antes de avanzar totalmente el catéter.
- ◆ Suelte el torniquete y retire el mandril
- ◆ Conecte el equipo e inicie la infusión.
- ◆ Si la vena es recta, uniforme y superficial, puncione y avance el catéter por completo.

#### 3) FIJACIÓN DEL CATÉTER

- ◆ Cubra la zona de inserción con una tira adhesiva.
- ◆ Coloque otra tira adhesiva por debajo del catéter.
- ◆ Aplique otra tira adhesiva sobre las tiras anteriormente colocadas.
- ◆ Rotule con fecha, hora, número de catéter y nombre

#### 4) MANTENIMIENTO DE LA VENA CANALIZADA

- ◆ Si la vena está canalizada en pliegue coloque inmovilizador.
- ◆ Después de administrar cualquier medicamento debe lavar la vena con SSN.
- ◆ Diluir los medicamentos según protocolo administración de medicamentos.
- ◆ Se cambiará el sitio de venopunción cuando haya presencia de signos de infección, obstrucción o extravasación.

## 17. PREPARACIÓN DE PACIENTE PARA COLANGIO PANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA

### Recomendaciones:

- ◆ El paciente deberá hospitalizarse para el procedimiento.
- ◆ Debe tener su estudio básico no invasivo:  
Laboratorio: Cuadro hemático, TP, TPT, Plaquetas, Bilirrubinas, TGO, TGP y Fosfatasa alcalina. Amilasas y lipasas si se sospecha pancreatitis.
- ◆ Se le entregará al paciente la hoja informativa y se le explicará el procedimiento, así como los riesgos, beneficios y alternativas de manejo. Se anotará y firmará en la historia clínica

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 47 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

la autorización informada.

- ◆ Dejar al paciente en ayunas. Si el estudio es en la tarde administrar líquidos orales temprano y no dar almuerzo.
- ◆ Instalar venoclisis en el brazo derecho. Si el paciente no está ya recibiendo antibióticos es necesario colocar antibióticos profilácticos, ciprofloxacina 200 mgs. Intravenosa, una (1) hora antes del procedimiento.
- ◆ Retirar prótesis dentales en el servicio. Revisar que las uñas no estén pintadas y si lo están, remover el esmalte.
- ◆ Llevar a Quirófanos a la hora indicada, verificando la permeabilidad de la línea venosa con:
  - 1 ampolla de Valium
  - 2 ampollas de Buscapina
  - 1 ampolla de Meperidina
  - 4 jeringas de 20cc

#### NOTAS:

- ◆ El TP, el TPT y las plaquetas son básicos. Si el TP está prolongado se debe corregir con vitamina K, si el tiempo lo permite. De lo contrario es necesario plasma fresco. Si las plaquetas están por debajo de 75.000, es necesario reservar seis (6) unidades de plaquetas.

**Riesgos:** Reacciones adversas a la sedación y al medio de contraste, pancreatitis, hemorragia, perforación y colangitis, (morbilidad 5%, mortalidad 0,9%).

#### Beneficios:

Diagnóstico de patología biliar y pancreática. Evitar una cirugía de urgencia de mayor riesgo, en casos de colangitis. Evitar una cirugía abierta, mediante la extracción de cálculos del colédoco, permitiendo la colecistectomía laparoscópica en estos casos. Paliación de la ictericia y el prurito en casos de neoplasias por medio de endoprótesis (stent).

#### Alternativas:

Cirugía abierta de vesícula y vías biliares.

## 18. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE GASES ARTERIALES

#### OBJETIVO:

Obtener una muestra de sangre para análisis de PH arterial, tensión arterial de O<sub>2</sub> (PO<sub>2</sub>), tensión arterial de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>) saturación arterial de oxígeno, bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) y equilibrio ácido básico.

#### SITIOS EMPLEADOS:

- Arteria radial.
- Arteria braquial.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 48 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- Arteria femoral.
- Arteria pedia.

#### **EQUIPO:**

- Jeringa de gases arteriales
- Gasa estéril.
- Torundas con aseptidina o torundas alcoholadas.

#### **PROCEDIMIENTO:**

1. Instruir al paciente sobre el procedimiento
2. Seleccione el sitio:
  - a. Verifique antecedentes circulatorios de las extremidades como múltiples punciones, hematomas, oclusiones arteriales.
  - b. Lleve a cabo la prueba de ALLEN para determinar permeabilidad de la arteria radial y cubital.
  - c. Utilice la arteria braquial como segunda elección o pedia.
  - d. Utilice como tercera posibilidad la arteria femoral

#### **Posición del paciente:**

- a. Punción arterial radial: Posición semisentada, eleve y coloque la muñeca en flexión dorsal; rote la mano del paciente hasta que el pulso sea palpable.
- b. Punción arterial braquial: Posición semisentada, eleve e hiperextienda el brazo hasta que el pulso sea palpable. Rote el brazo hasta que el pulso sea palpable.
- c. Punción arterial femoral: Utilice posición supina con pierna recta.
  - Heparinizar jeringa y aguja: Deseche el exceso de heparina. Expulse todas las burbujas de aire de la jeringa.
  - Limpie el sitio seleccionado con movimientos circulares hacia afuera, utilice gasa alcoholada
- d. Efectuar la punción percutánea de la arteria seleccionada:
  1. Localice la arteria pulsátil
  2. Estabilice la arteria tensando la piel y rodeando el área de máxima pulsación con los extremos de la mano libre
  3. Puncione la piel lentamente, sosteniendo la jeringa como un lápiz, avance la aguja lentamente con el bisel hacia arriba en un ángulo de 45-60 grados con arteria radial o braquial. En caso de arteria femoral se emplea un ángulo de 90 grados.
  4. Obsérvese la jeringa para detectar el flujo retrógrado pulsátil de sangre arterial
  5. Si la punción es infructuosa, retira la aguja hasta el nivel de la piel, modifique ligeramente el ángulo hacia la arteria y vuelva a introducir.
  6. Obtener muestra de 1 cc.
  7. Retire la aguja, mantenga la jeringa hacia arriba, expulse la burbuja de aire, tape la aguja inmediatamente con protector, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 49 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

8. Aplique presión firme y continua con el sitio de punción arterial durante dos minutos o hasta que la hemorragia se detenga.
9. Envíe la muestra rápidamente a procesar con el fin de obtener datos confiables.

### COMPLICACIONES:

- ◆ Hematomas
- ◆ Coagulación intraluminal
- ◆ Lesiones nerviosas
- ◆ Hemorragia
- ◆ Trastornos de la circulación hacia las extremidades
- ◆ Espasmo arterial
- ◆ Trombosis
- ◆ Fístulas arterio-venosas

## 19. PROCEDIMIENTO PARA LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA

**Definición:** Es la administración de oxígeno por la deficiencia de este en la sangre arterial.

**Objetivos:** Evitar y corregir la hipoxia; al mismo tiempo que sus mecanismos compensadores.

### Equipo:

- Toma de oxígeno.
- Flujómetro.
- Humidificador.
- Agua estéril.
- Cánula nasal.
- Mascarilla y conexiones para las distintas concentraciones.
- Mascarilla con reservorio.

### Procedimiento:

1. Informar el procedimiento al usuario.
2. Comprobar que el oxígeno fluya antes de ajustar la mascarilla correspondiente.
3. Conectar la cánula nasal al humidificador, colocar la concentración prescrita de oxígeno y seleccionar los litros correspondientes.
4. Mantener vías aéreas permeables.
5. Colocar el sistema al usuario.

### Cuidados de enfermería:

1. Vigilar la adaptación del usuario al método de oxigenoterapia.
2. Comprobar permanentemente que el flujo sea correcto y el agua del humidificador sea suficiente.
3. Cambiar el agua cada 24 horas.
4. Educar al usuario en su respiración.



5. Vigilar las fosas nasales y la boca por posible aparición de heridas.
6. Mantener una adecuada higiene de fosas nasales y boca del usuario.
7. Registrar el procedimiento en la historia clínica.
8. Facturar los insumos utilizados.

## 20. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON NUTRICION ENTERAL. (CUIDADOS CON LA SONDA)

**OBJETIVO:** Establecer las medidas de manejo de la Nutrición Enteral por las diferentes vías de administración, con el fin de mejorar la atención de los pacientes y asegurar su recuperación en el aspecto nutricional.

### PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos antes de la administración de la nutrición.
2. Paciente en posición semifowler.
3. Verifique la posición de la sonda por aspiración y/o auscultación.
4. Goteo continuo para 24 horas o en tomas cada 6 horas así:

9:00 horas      15:00 horas      21:00 horas      3:00 horas

5. Calcular el goteo de la mezcla por bomba de infusión así:

- Cantidad ordenada dividido tiempo de administración, ejemplo:

150cc para 6 horas = 25cc hora  
200cc para 6 horas = 33cc hora  
250cc para 6 horas = 41cc hora  
300cc para 6 horas = 50cc hora  
350cc para 6 horas = 58cc hora

6. Irrigar la sonda después de cada toma, con agua estéril o solución salina normal, usando de 10 a 20 cm., con una jeringa. No usar soluciones a goteo libre.
7. Registrar lo administrado en cada turno, en el formato destinado para ello.
8. Usar agua tibia, coca cola, o ablandador de carnes (1 cucharadita en 30cc de agua) en caso de obstrucción de la sonda de tugsteno, JAMAS reintroducir la guía para desobstruirla
9. Medir residuo gástrico, si la sonda está en estómago, si es mayor del 50% de la mezcla administrada SUSPENDERLA y medirlo nuevamente a las 2 horas siguientes, si persiste el residuo alto AVISAR AL GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL, el residuo gástrico se debe medir cada 6 horas, ejemplo:

Tomas de 150cc el residuo gástrico no debe pasar de 75cc.

Tomas de 200cc el residuo gástrico no debe pasar de 100cc.

10. Administrar la nutrición por el orificio más pequeño y delgado de la Y que tiene la

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 51 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

sonda de tugsteno, el otro orificio es sólo para la guía.

- Las sondas de tugsteno, son instaladas por la enfermera del GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL.

Cualquier inconveniente o duda con la mezcla nutricional, comuníquese con la nutricionista del GRUPO DE SOPORTE.

## 21. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LÍQUIDOS

### Definición:

Es el control exacto de los líquidos que ingresan y pierde el usuario por las diferentes vías, para establecer un balance en un período determinado de tiempo, que no exceda las 24 horas.

### Objetivos:

- Valorar el estado hidroelectrolítico
- Aclarar diagnóstico
- Establecer tratamiento para desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido básicos.
- Controlar efectos de tratamientos y fármacos.
- Patologías como: Insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal.
- Infusión de líquidos mayores de 80 cc/hora.

### Precauciones:

- Medir con exactitud todos los líquidos, tanto administrados como eliminados.
- Descontar la cantidad de líquidos base que se pongan en los recipientes de drenaje.
- Descontar el líquido que se utilice para lavado de sondas o tubos de drenaje del total de líquidos drenados para establecer con exactitud la cantidad eliminada.
- Establecer un sistema de medición estándar en el servicio para controlar con exactitud los líquidos administrados por vía oral.
- Informarse completamente sobre las normas establecidas para el control de líquidos en el servicio.

### Equipo: Bandeja con:

- Formato control de líquidos
- Recipientes con medidas en centímetros o jeringas.

### Procedimiento:

- Infórmese con precisión de la situación clínica del usuario mediante la observación, la entrevista, la historia clínica y otros datos.
- Haga el encabezamiento del formato con los datos completos de identificación del usuario.
- Prepare el equipo verificando que la solución y la mezcla sean las ordenadas.
- Rotule la solución a administrar.
- Utilice técnicas asépticas en todo momento.
- Realice cálculo del goteo.
- Purgue el equipo y verifique la permeabilidad del mismo.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 52 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

8. Regule el goteo según el cálculo.
9. Vigile permanentemente al usuario para comprobar el funcionamiento de la vía.
10. Verifique la permeabilidad de las sondas, catéteres y drenajes.
11. Vigile permanentemente al usuario para detectar cualquier irregularidad en el funcionamiento del drenaje.
12. Desocupe el sistema de drenaje para cuantificar y observar las características de lo eliminado.
13. Utilice recipiente con medida en centímetros para cuantificar los líquidos eliminados.
14. Registre en la historia clínica las horas en que se realizó el conteo y las características de los líquidos eliminados.
15. Informe inmediatamente al médico o a la enfermera cualquier incidente relacionado con la administración y eliminación de líquidos corporales.
16. Registre los líquidos administrados y eliminados en la hoja de control de líquidos en la siguiente forma:

- **Administrados:**

Por vía oral: registre hora, tipo y cantidad, inmediatamente que el usuario los haya ingerido y en la columna correspondiente a la ingestión por vía oral. Por vía parenteral: registre hora, tipo, cantidad y mezcla según sea el caso, inmediatamente haya terminado de pasar el líquido.

- **Eliminados:**

Registre las pérdidas por drenajes, sondas, deposiciones líquidas, tubo a tórax, en la columna correspondiente. Registre hora, tipo y cantidad, inmediatamente se realice el control. Se realiza el balance cada seis horas durante el día, por doce horas durante la noche, luego se totaliza el balance de las 24 horas.

## 22. PROCEDIMIENTO PARA ASPIRAR PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

Se realiza pasando una sonda estéril a través de la cánula de traqueotomía hacia la tráquea. El procedimiento ayuda a la eliminación de secreciones acumuladas.

### OBJETIVOS:

- ◊ Mantener la vía aérea permeable
- ◊ Reducir el trabajo respiratorio a través de la eliminación de secreciones
  - ◊ Estimular el reflejo de tos
  - ◊ Prevenir la aspiración de secreciones, líquidos gástricos, sangre
  - ◊ Prevenir infecciones y atelectasias.

### CONOCIMIENTOS:

- ↪ Principios de la técnica aséptica.
- ↪ Anatomía y fisiología del aparato respiratorio superior e inferior.
- ↪ Principios de intercambio gaseoso.
- ↪ Principios de la resistencia de la vía aérea.
- ↪ Indicaciones para la aspiración.
- ↪ Principios del manejo de la vía aérea artificial.



### **EQUIPO:**

- ◆ Jeringa de 10cc (para irrigar según necesidad)
- ◆ Riñonera
- ◆ Gasas
- ◆ Agua estéril
- ◆ Guantes estériles
- ◆ Sonda nelatón No. 14
- ◆ Aspirador portátil o conexión a sistema de vacío.

### **PROCEDIMIENTOS:**

Debe de hacerse entre 2 personas, de la siguiente forma:

1. Lavarse las manos de acuerdo a las guías
2. Explicar al paciente el procedimiento si éste esta conciente
3. Auscultar ambos campos pulmonares
4. Conectar el aspirador y establecer el regulador de vacío para corregir la presión negativa.
2. Asegurar el aparato de aspiración.
3. Cerciorarse de que el equipo este funcionando adecuadamente.
4. Hiperoxigenar al paciente con O<sub>2</sub> al 100%.
5. Introducir la sonda pinzada y empleando la técnica estéril.
6. Aplicar aspiraciones intermitentes mientras se retira la sonda.
7. Monitorizar el ECG, FC y SaTO<sub>2</sub> del paciente.
8. Repetir 3 ó 4 veces el procedimiento.
9. Reposicionar el paciente.
10. Lavarse nuevamente las manos.
11. Reevaluar el estado cardiopulmonar del paciente por auscultación.
12. Descartar el agua sobrante y dejar las sondas limpias bien protegidas.
13. Registrar el procedimiento en la historia clínica y en la de facturación.

## **23. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON GANGRENA GASEOSA**

### **Objetivo:**

Facilitar el manejo de los pacientes con diagnóstico de gangrena gaseosa, de tal manera que se agilice el proceso de atención y se disminuyan los riesgos tanto para el cliente interno, como para el externo.

**Generalidades:** “La mionecrosis por clostridios o gangrena gaseosa es una infección rara, pero devastadora, caracterizada por necrosis muscular y toxicidad sistémica adjudicadas a las toxinas elaboradas por el agente causante.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 54 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

Por lo general aparece luego de una herida asociada con un traumatismo o cirugía. La mayoría de las veces es una infección fulminante, causada por *Clostridium Perfringens*, caracterizada por hallazgos prominentes en el sitio de la infección y severa toxicidad sistemática, el período de incubación es de uno a cuatro días (pero puede aparecer desde las ocho horas hasta las tres semanas).

El primer síntoma que observa el paciente es un dolor súbito, intenso en el sitio de la herida. El examen físico muestra: edema a tensión, palidez y sensibilidad localizados, puede notarse gas en los tejidos blandos por palpación y radiografías, inicialmente la piel se ve pálida y luego progresa a una coloración bronce y a menudo sigue la aparición de bulas hemorrágicas.

**Recomendaciones:**

El paciente con diagnóstico presuntivo o confirmado de gangrena gaseosa debe ser llevado de inmediato al servicio donde será hospitalizado definitivamente, si va a ser intervenido quirúrgicamente, debe llevarse directamente al Bloque Quirúrgico para la cirugía, previo informe al comité de vigilancia epidemiológica .

**PROCEDIMIENTO**

**ANTES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

1. Aplique medidas de protección para aislamiento y seguridad del paciente.
2. Proporcione ambiente aireado.

**DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

1. Ingrese directamente al usuario a la sala de quirófanos asignada.
2. Maneje el procedimiento como “cirugía infectada”.
3. Recupere al paciente dentro de la sala, de aquí pasa el paciente directamente al servicio de hospitalización.

**DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO O DEL TRASLADO DEL PACIENTE:**

1. Desinfecte todo el material reutilizable y equipos, con la solución normada por la empresa.
2. Desinfecte la mesa quirúrgica, cama, camilla y pisos, en especial si hubo contacto con secreciones, con la solución normada, después de 20 minutos lave con agua y jabón.
3. Lleve el instrumental y equipos a la central de esterilización, ubíquelo en área aislada y utilizando gafas y mascarilla lávelo, luego sométalo al proceso ordinario ventile la sala por 30 minutos como mínimo.
4. Dé al servicio la sala.

**HOSPITALIZACION POST QUIRÚRGICA:**

1. Realice el aseo de unidad diariamente, normado, haga desinfección al terminar el paciente su hospitalización.
2. Mantenga bien ventilada el área

**RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE GANGRENA GASEOSA**

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 55 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Avisar a salud ocupacional y al comité de vigilancia epidemiológica y notifique listado de funcionarios expuestos al área salud ocupacional para definir conjuntamente con la ARP la necesidad de quimioprofilaxis (previa investigación por parte del médico internista de la ARP).

En caso de requerirse profilaxis, será formulada por el internista (según su criterio). Si es en horario hábil, salud ocupacional es quien suministrara el tratamiento. En días nocturnos y no hábiles, favor llamar a la línea normada.

LOS PACIENTES ACOMPAÑANTES DEL USUARIO CON GANGRENA DEBEN RECIBIR LA QUIMIOPROFILAXIS QUE ORDENE EL MEDICO TRATANTE.

**Nota:** Es importante verificar que el personal haya guardado las normas de bioseguridad. La gangrena gaseosa es una patología que manejada adecuadamente, no requiere procedimientos diferentes a estos.

## **24. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE FALLECIDO - ESPECIFICACIONES EGRESO USUARIO HOSPITALIZADO**

**PACIENTES FALLECIDOS:** Los pacientes que fallecen por heridas, traumas, quemaduras, intoxicaciones, maltrato, abusos, etc. son de Medicina Legal, por lo tanto se deben realizar los trámites legales pertinentes:

- ◆ Avisar a la autoridad de turno en Urgencias.
- ◆ Enviar Historia Clínica a facturación para copia , debidamente custodiada.
- ◆ Recibir la Historia Clínica original y dejar en custodia.
- ◆ Trasladar el cadáver, dependiendo de la información referida por la autoridad de turno.
- ◆ Por causas naturales (cáncer, cirugías programadas, etc.), se deben realizar los trámites propios del servicio.
- ◆ Se debe hacer lo siguiente:
  - ◆ Arreglo del cadáver debidamente rotulado y llenar el formato para ser entregado en la morgue.
  - ◆ El médico debe llenar el resumen de atención.
  - ◆ Avisar a la trabajadora social y/o a la familia, del fallecimiento del paciente.
  - ◆ Traer el certificado de defunción de Estadística, cuando no son de medicina legal
  - ◆ Se realiza el egreso en el censo en la columna de fallecidos

**NOTA: Los certificados de defunción de los pacientes de Medicina Legal, debe ser entregado por ellos.**

### **ESPECIFICACIONES EGRESO USUARIO HOSPITALIZADO**

- Se envía Rips y Epicrisis con la salida diligenciada por el médico de planta, a Facturación, para que hagan la cuenta de cobro. Se determina si hay devolución de medicamentos.
- Se le avisa al paciente de su salida y, se remite su familia a Facturación.
- Cuando el paciente presente recibo de pago o autorización de salida se le entrega copia de la epicrisis, la fórmula médica y las radiografías, además se le deben dar

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 56 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- las instrucciones pertinentes.
- Se retira el paciente del censo correspondiente, anotándolo en la columna de egreso.
- Se realiza la nota de enfermería, se busca la carpeta o historia clínica antigua y se entrega a la secretaria o enfermera de la sala.
- Cuando el paciente egresa para otro servicio del Hospital, se anota en la columna de transferido.

**NOTA: Cuando el paciente se fuga del servicio se debe avisar inmediatamente al Jefe de Mantenimiento, a la Trabajadora Social del servicio y realizar el registro de enfermería pertinente.**

## **25. PAUTAS DE ATENCIÓN DE PACIENTES SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo)**

**OBJETIVO:** Brindar atención a todo caso sospechoso o probable de SARS aplicando todas las normas de protección con el fin de cortar la cadena de transmisión del virus. Y ofrecer seguridad y protección a todos los trabajadores, familia y comunidad.

### **ATENCIÓN HOSPITALARIA:**

Todo paciente atendido en la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge sospechoso o probable de SARS será manejado teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- Aislamiento total.
- Destinar el mínimo personal.
- Mantener solo los equipos e insumos indispensables en la habitación del paciente.
- Lavado de manos. Intensivo después de cualquier contacto con el paciente, al ser retirados los guantes, antes y salir de la habitación, antes y después de utilizar teléfonos, historias clínicas y otros objetos de uso común. Con los antisépticos usados en la empresa.
- Utilizar protección ocular permanente.
- Usar mascarilla de manera permanente.
- Evitar frotarse los ojos y la nariz en el trabajo.
- Uso permanente de guantes: Lavado de manos antes de colocarlos y retirarlos, cambio de guantes para atender a cada paciente, cambio de guantes antes de utilizar objetos de uso común.
- Evitar al máximo el traslado interno del paciente a otros servicios.
- Todos los desechos de los pacientes hospitalizados serán manejados en bolsas de color rojo y enviados directamente al incinerador.
- La ropa utilizada en el proceso de atención del paciente, se guarda en bolsa blanca rotulada con "Contaminada SARS". Para ser sometida a proceso de desinfección especial.
- Una vez egrese el paciente se hace desinfección terminal del área y de todos los elementos. Se puede utilizar posterior a ello.
- El trabajador debe informar cualquier exposición sin protección; así como, cualquier síntoma relacionado.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 57 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

### **ATENCIÓN DEL PACIENTE AMBULATORIO:**

- Limitar las interacciones fuera de la casa; no deben ir a trabajar, a la escuela, guardería y otras actividades públicas hasta 10 días después de que dejen de presentarse la fiebre y los síntomas respiratorios.
- Cada paciente en su domicilio debe cubrirse la boca y la nariz cuando tosa o estornude. Debe utilizar la mascarilla.
- Todos los miembros de la familia deben lavarse las manos muy cuidadosamente, en especial después de haber estado en contacto con fluidos del paciente.
- Deben utilizar guantes para cualquier contacto con fluidos del paciente. Se recomienda lavarse las manos una vez sean retirado los guantes. No reutilizarlos.
- Evitar compartir utensilios para comer, toallas y ropa de cama, aunque estos pueden ser utilizados una vez hayan sido lavados (con jabón y agua caliente). Las superficies del ambiente se deben limpiar con un desinfectante casero.
- Los desechos de la casa contaminados con fluidos de pacientes con SARS, se deben desechar en bolsas separadas, cerrándolos herméticamente.
- Las personas de la casa u otras personas que tienen contacto con pacientes con SARS y que desarrollen fiebre o síntomas respiratorios deben solicitar una evaluación médica.

### **MANEJO DE LA ROPA DE PACIENTES CON SARS**

**OBJETIVO:** Ofrecer protección a todas las personas que manejan, transportan ropa y desechos hospitalarios de los pacientes atendidos con SARS en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge; con el fin de cortar la cadena de transmisión.

- Toda la ropa utilizada en el proceso de atención del paciente, se guarda en bolsa blanca rotulada con "Contaminada SARS". Una vez retirada de la habitación del paciente se transporta aparte y se lleva a la lavandería. Allí se somete a proceso de desinfección con hipoclorito y luego se lava.

#### **MANEJO DE LOS DESECHOS:**

Todos los desechos de los pacientes hospitalizados se manejan en bolsas de color rojo y serán enviados directamente al incinerador.

#### **ASEO TERMINAL DEL AREA DE ATENCIÓN:**

Todo consultorio, habitación o sitio donde haya sido atendido un paciente con SARS debe hacerse desinfección terminal (paredes, pisos, todos los elementos del área) con el desinfectante que la empresa utiliza.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 58 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

## 26. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA VÍA ÁEREA

### OBJETIVOS:

1. . Mantener permeable la vía aérea.
2. . Facilitar eliminación de secreciones.
3. . Facilitar ventilación artificial.

### CONDUCTA:

- ◆ Asegurar y mantener una vía aérea permeable
- ◆ Hidratación y humidificación adecuada

### PROCEDIMIENTOS:

1. Lavarse bien las manos de acuerdo al protocolo.
2. Calzarse guantes.
3. Explicar el procedimiento al paciente y pedirle que abra la boca o ayudarlo con bajalenguas o técnica de dedos cruzados.
4. Colocar la cánula de Guedell con extremo curvado hacia arriba.
5. Rotar el extremo 180° y orientarla hacia abajo.
6. Asegurar la vía aérea.
7. Aspirar secreciones si es necesario.
8. Verificar el estado respiratorio del paciente.
9. Retirarse guantes.
10. Lavarse muy bien las manos.
11. Cambiar de posición la cánula con frecuencia cada 2 o 3 horas.
12. Aspirado de secreciones si es necesario.

### RESULTADOS:

- . Mejoría del estado respiratorio del paciente.
- . Disminución de cianosis y de acumulación de secreciones.
- . Vía aérea permeable.

## 27. RECOMENDACIONES PARA EL INGRESO A SALAS DE INFECTO DE AISLAMIENTO Y/O DE COHORTIZACIÓN

**OBJETIVO:** Agilizar el proceso de inducción para personal, estudiantes y visitantes que requieran ingresar a estas áreas, facilitando el manejo del paciente infectado o en aislamiento.

**GENERALIDADES:** Las áreas de pacientes infectados o de aislamiento ofrecen un mayor riesgo de contaminación biológica para los mismos pacientes.

### MEDIDAS GENERALES:

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 59 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Se requiere de un área restringida, con el mínimo flujo de personas, con adecuada ventilación e iluminación.

#### RECOMENDACIONES:

- Una sola persona por paciente como visitante.
- En lo posible ubicación individual de cada paciente.
- El personal asignado a esta área sólo tendrá ésta asignación durante el turno.
- Se debe realizar desinfección del área una vez por semana y cada vez que ingrese o egrese un paciente.
- Los equipos y materiales son específicos del área y NO deben ser intercambiados con otras áreas. Ojalá mantener el mínimo de equipos.
- Los elementos de aseo son exclusivos para esta sala.
- Los desechos y ropas del área son manejados como contaminados y siempre deben salir en bolsas rojas bien cerradas.
- Para esta área NO serán asignadas, funcionarias embarazadas, ni trabajadores inmunosuprimidos.

#### PROCEDIMIENTO:

1. Recójase el cabello y retírese las joyas.
2. Lávese las manos.
3. Colóquese guantes para todo procedimiento.
4. Vístase la ropa protectora.
5. Permanezca con ropa protectora durante toda su estancia en la sala
6. Al salir: retírese la ropa protectora y deposítela en la bolsa blanca
7. Lávese las manos

### 27.1. MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN COHORTIZACIÓN

#### OBJETIVO:

Brindar protección y seguridad a los pacientes, trabajadores y demás usuarios, mediante la aplicación en forma estricta y rigurosa de las medidas propuestas; lo cual permite la cadena de transmisión de las infecciones en las Unidades de Cuidado Intensivo y en los servicios de hospitalización.

#### ENFERMEDADES QUE REQUIEREN COHORTIZACIÓN

- Ⓢ Pacientes en quienes el cultivo determine que se encuentran colonizados o infectados con gérmenes multiresistentes; ó que a través del Laboratorio se reportan como altamente virulentos.
- Ⓢ En pacientes cuando un microorganismo es identificado como potencialmente peligroso a otros pacientes o a la ecología del medio ambiente hospitalario, debido a su patogenicidad, virulencia o características epidemiológicas.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 60 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

## RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE:

- ⑩ Se recomienda habitación privada cuando sea posible, o bien sea; aislamiento de zona o área. Sin embargo, pacientes infectados o colonizados por el mismo microorganismo, pueden compartir la misma habitación.
- ⑩ Destinar Auxiliar de Enfermería exclusiva para la atención del cuidado.
- ⑩ Equipo para la atención del paciente de uso exclusivo, disponer en este sitio únicamente los elementos necesarios para el paciente.
- ⑩ Ingreso del mínimo personal al área.
- ⑩ Uso de mascarilla para todas las personas que ingresan. El uso es indispensable en las personas que realizan los procedimientos.
- ⑩ Uso de bata con manga larga o de protección.
- ⑩ Uso de guantes para todas las actividades que se realicen.
- ⑩ Las manos deben lavarse después de tocar al paciente u objetos potencialmente contaminados y antes de atender a otro paciente.
- ⑩ Los elementos contaminados con secreciones deben empaquetarse en bolsas rojas y rotularse para enviar al proceso de desinfección o incineración según normas.
- ⑩ Todos los residuos deben ser manejados como material contaminado, envolverlos en bolsa roja para su desecho.
- ⑩ Limpieza diaria del cuarto y de los equipos con la solución normada.

### NOTA:

En caso que un paciente de estos sea sometido a procedimientos quirúrgicos, su aislamiento debe brindarse de igual manera.

## 28. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES QUE INGRESAN DIRECTO A CIRUGIA

Para el manejo de estos pacientes se requiere:

- Autorización del anestesiólogo para la realización de la cirugía.
- Tomar: Tensión arterial, pulso y respiración.
- Traer historia clínica antigua, si es del caso.
- Stickers diligenciados.
- Traer todas las radiografías y otros estudios, o si es paciente de ortopedia debe traer la placa de control post quirúrgico.
- Revisión inmediata de herida, drenes, sondas.
- Hacer inmediatamente la nota de enfermería de ingreso.
- Registrar en el censo correspondiente, en la columna de recibido si viene de

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 61 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- urgencias, o si es una cirugía ambulatoria, en la columna de ingreso.
- Registrarlo en la lista de pacientes.

## 29. PAUTAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

### 1. PREOPERATORIO

#### PREPARACIÓN DE LA PIEL:

#### RASURADO:

**A. Tiempo:** Los pacientes deben ser rasurados con un tiempo no mayor de 30 minutos con relación a la iniciación del acto quirúrgico y este procedimiento debe realizarse en el quirófano.

**B. Método:** El rasurado se iniciará con tijera el exceso de pelo y se completará con máquina. En ausencia de ésta, se utilizará máquina de afeitar convencional con cuchilla desechable, utilizando la máquina completa con el protector colocado, esto evita lesiones de piel.

**C. Uñas:** Se deben cortar adecuadamente y limpiarse antes de la cirugía, se recomienda el uso de cortaúñas en lugar de tijeras, debe retirarse el esmalte y, no usar maquillaje.

**D. Baño General:** En el paciente hospitalizado, se insistirá en su aseo general con agua y jabón, el día de la cirugía, con especial cuidado en el aseo de genitales, área perineal y región umbilical.

### 2. PREPARACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO:

#### A. Enemas:

No se utilizan enemas de rutina, se hace en los casos debidamente específicos, por solicitud expresa del cirujano o del médico del servicio.

#### B. Preparación De Colon:

El colon debe prepararse de acuerdo con la guía ya establecida, enema travad oral (2) dos y enema travad rectal (3) tres.

Para cada caso particular el cirujano ordena variantes de preparación de acuerdo a necesidades del paciente.

#### C. Sonda Nasogástrica:

Solo se colocará si hay indicaciones de los médicos tratantes

Para los pacientes con problemas de obstrucción a la salida gástrica, debe colocarse la S.N.G



desde el día anterior a la cirugía y practicar lavados gástricos con solución salina y jeringa para retirar residuos alimentarios.

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente, debe ser informado clara y suficientemente de su estado, del tipo de intervención que se le practicará y se le resolverán las dudas que el tenga con relación a su situación y futuro.

La responsabilidad de esta información está en manos del médico de planta del servicio, para casos especiales, se solicita asesoría del cirujano tratante.

Para toda intervención quirúrgica, el paciente o sus familiares, deben manifestar por escrito su aceptación.

## VERIFICACIÓN DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Para todo paciente quirúrgico se deberá diligenciar la hoja de control pre y post operatorio. La responsabilidad de su veracidad estará en primera instancia en el auxiliar de enfermería que atiende al paciente, pero la supervisión estará a cargo de la enfermera, jefe, del servicio.

## 30. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LAS HERIDAS EN EL POS- OPERATORIO

Para efectos de un adecuado manejo de la herida quirúrgica, se adopta la siguiente clasificación que está acorde con las guías institucionales así:

Herida limpia- herida limpia contaminada.

Herida contaminada - herida sucia.

Heridas con malla y/o cremallera.

### 1. HERIDA LIMPIA –HERIDA LIMPIA CONTAMINADA

- La herida no debe manipularse en lo posible.
- Debe permanecer cubierta preferiblemente con capa de cinta adhesiva microporosa; no se debe retirar antes de 48 horas, excepto ante la presencia anormal de sangre o secreción.
- Si hay signos y síntomas sugestivos de infección: Retirar la sutura (previa valoración y autorización del cirujano). Aquí se reclasifica la herida para continuar su manejo con curaciones según sus características.



### 2. HERIDA CONTAMINADA - HERIDA SUCIA:

- Valorar si el apósito secundario está húmedo, si se observa drenaje purulento, se inicia plan de curaciones.
- Si no se presenta lo anterior la curación se realiza a las 96 horas del Post operatorio.



### 3. PLAN DE CURACIONES:

#### Procedimiento

- ◆ Lávese las manos siguiendo el procedimiento establecido para el lavado de manos
- ◆ Prepare el equipo para el procedimiento, así: equipo de curación, solución salina, compresas, apósitos, gasas de acuerdo a la situación del usuario, guantes estériles micropore, equipo de ropa estéril de acuerdo a la condición del paciente.
- ◆ Explique el procedimiento al paciente, llámelo siempre por su nombre.
- ◆ Vístase la ropa, cácese los guantes.
- ◆ Realice el procedimiento de acuerdo a las condiciones de la herida.
- ◆ Retírese los guantes y coloque el micropore sobre el apósito para fijarlo a la piel o sosténgalo con vendaje de acuerdo a la necesidad del usuario.
- ◆ Recoja el equipo, deposite los residuos sólidos contaminados en bolsa roja.
- ◆ Lávese las manos al terminar el procedimiento
- ◆ Registre el procedimiento en la historia clínica.

#### 3.1 MANEJO CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL:

1. Si la herida está limpia se procede a:
  - Irrigar con Solución Salina normal.
  - Afrontar bordes de la herida con la cinta adhesiva.
2. Si la herida presenta tejido fibrinoso y/o necrótico se procede así:
  - Desbridar en forma mecánica si las características del tejido lo permiten.
  - Irrigar con solución salina normal.
  - Dejar la herida empaquetada.
  - Cubrir con apósito.

Si hay presencia de abundante material purulento realizar curación dos veces al día.

#### 3.2 MANEJO CON OTROS PRODUCTOS:

##### A. Fase de debridamiento

Para heridas con exudado leve:

- ◆ Utilizar productos de hidrogel o colagenasa

Para heridas con exudado severo, utilizar:

- ◆ Algínatos o hidrofibra
- ◆ Para heridas necróticas; emplear:
  - ◆ Hidrogel o colagenasa. Si la herida presenta tejido necrótico de difícil debridamiento, realizar escarectomía previa, lo que permite una mejor absorción del producto, haciendo oclusión con apósito que mantenga la humedad.

Una vez clasificada la herida y aplicado el producto elegido se procede a:

- ◆ Cubrir con gasas y/o compresas húmedas según extensión de la herida o apósito que mantenga la humedad.
- ◆ Colocar luego apósito secundario, según la necesidad.



**NOTA:** Se recomienda utilizar ácido acético ante la sospecha o confirmación de la presencia de pseudomonas así: Dilución máxima de 30 cc con 500 cc de SSN.

### **B. Fase de granulación y epitelialización:**

Una vez se haya obtenido limpieza de la herida se procede a:

- ◆ Utilizar hidrocoloides o espumas de poliuretano y reforzar bordes del apósito con cinta adhesiva.
- ◆ Colocar apósito secundario según la necesidad.
- ◆ Si la herida presenta en menor porcentaje tejido fibrinoso se procede a un manejo mixto consistente en: emplear a la vez hidrocoloide más hidrogel o espuma de poliuretano mas la cologenasa.

### **C. Heridas con Malla y/o cremallera:**

- ◆ Evaluar si hay presencia o no de exudado:
- ◆ Si el drenaje es de poca cantidad y de características normales; irrigar con SSN y cubrir con apósito secundario.
- ◆ Si el drenaje es mayor, abrir la cremallera irrigar con SSN, remover fibrina (si es pertinente), cambiar el viaflex y cubrir con apósito secundario.
- ◆ Si la herida está bloqueada, con previa autorización del cirujano retirar la malla e iniciar el plan de manejo con hidrocoloides o espuma de poliuretano (simple o combinado).

## **31. GUIA INGRESO DEL NIÑO O NIÑA PARA CIRUGIA Y PROCEDENTE DE CIRUGIA AMBULATORIA**

### **Definición :**

Procedimiento a través del cual ingresa niño (a) al servicio de cirugía Pediátrica para ser sometido a una cirugía mayor y que requiere hospitalizarse uno o dos días antes por criterio médico, el niño (a) es enviado desde el servicio de cirugía ambulatoria o de consulta externa del hospital.



### **Indicaciones :**

Se aplica a todo niño (a) hasta los 14 años que requieren ser intervenidos quirúrgicamente y a quien desde el servicio de cirugía ambulatoria le programan la cirugía, y necesite para su preparación ser hospitalizado 24 ó 48 horas antes de esta.

### **Necesidades :**

- ☞ Niño (a) (paciente ) con acompañante.
- ☞ Enfermera que presenta el niño (a).
- ☞ Auxiliar de enfermería o camillero.
- ☞ Historia antigua con exámenes de laboratorio actualizados.
- ☞ Stickers
- ☞ Autorización de Hospitalización.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 65 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

- ☞ Placas de Rx y estudios realizados.
- ☞ Autorización para cirugía firmada por los padres, previa explicación médica del procedimiento.
- ☞ Confirmación de los donantes de sangre.

**Procedimiento:**

1. Presentación del paciente desde el servicio de cirugía ambulatoria por parte de la enfermera.
2. Ingreso y ubicación del niño en la sala de cirugía Pediátrica, el niño es recibido por la enfermera o la auxiliar de enfermería del servicio la cual le asigna la cama al paciente y informa de las normas del servicio.
3. Revisar y constatar que traiga :
  - ☞ Historia antigua y stickers.
  - ☞ Paraclínicos actualizados.
  - ☞ Exámenes diagnósticos.
  - ☞ Placas de Rx y estudios realizados.
  - ☞ Autorización firmada de la cirugía.
  - ☞ Autorización de la EPS y de facturación para la realización de la cirugía.
  - ☞ Donantes de sangre.
4. Informar al médico de planta para el ingreso y actualización de exámenes de laboratorio en caso necesario.
5. En caso de no existir el ingreso por admisiones, enviar a la familia para los trámites correspondientes y la consecución de los stickers al quirófano.
6. Cumplir las órdenes médicas de acuerdo al protocolo de preparación según la cirugía que se va a realizar.
7. Reconfirmar reserva de sangre y hacer firmar autorización de transfusión.
8. Verificar la valoración pre-quirúrgica realizada por el anestesiólogo y cumplir sus órdenes.
9. Anotar todos los gastos en la hoja de facturación.
10. Notas de enfermería.
11. Registro de facturación de los procedimientos y actividades.
12. Llevar el niño (a) al quirófano el día de la cirugía en compañía de sus padres, si la cirugía es a las 7AM debe estar en quirófano a las 6:30 a.m. En una hora diferente será pedido del quirófano.





### 32. CUIDADOS PERIOPERATORIOS CON EL NIÑO (A) CON APENDICITIS



#### Definición:

Cuidados en el pos-quirúrgico mediato del niño (a) a quien se le ha realizado apendicectomía, la cual por su evolución puede ser edematosa, gangrenada, abscedada y perforada, que a su vez puede ser perforada, localizada y generalizada.

#### Procedimiento:

- 1- Recepción del niño (a) procedente del quirófano (aplicación protocolo de ingreso) y valoración del estado general del paciente.
- 2- Mantener al paciente en decúbito dorsal hasta cuando esté bien despierto.
- 3- Posición semi fowler y cambiar de posición de acuerdo a la evolución (sentarlo).
- 4- Si trae sonda Nasogástrica verificar posición y fijación. (mejilla o labio superior).
- 5- Si tiene sonda vesical conectarla a cistofló (verificar posición y fijación).
- 6- Iniciar control de líquidos administrados con diuresis horaria en caso de tener sonda vesical.
- 7- Revisar herida quirúrgica y dependiendo de sus características manejarla :
  - ☞ Si está cubierta con micropore, no manipular hasta las 48 horas.
  - ☞ Si está abierta y empaquetada, no manipular hasta las 72 horas.
  - ☞ Si está siendo manejada con otro apósito diferente, manipular de acuerdo a las características de este.
- 8- Vigilar y explicar a la familia la importancia de que el niño esté sin vía oral hasta que el médico lo considere necesario.
- 9- Administrar los analgésicos con horario y según orden médica.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 67 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- 10- Registrar procedimientos y observaciones en hoja de evolución.
- 11- Registrar gastos en la hoja de facturación.

### Cuidados de enfermería :

- Vigilar signos de infección de la herida (eritema - dolor) o dehiscencia de la sutura.
- Realizar el cuidado de la herida de acuerdo a su clasificación.
- Estimular el cambio de posición frecuente con posición semifowler, sentar en silla y, de ambulación precoz.
- Si hay tos orientar al niño y a su familia para sostener la herida con las manos para disminuir el dolor.
- Aplicar analgesia con horario y según prescripción médica. Vigilar signos de intolerancia e irritabilidad por dolor y avisar oportunamente.
- Vigilar signos de distensión abdominal y tomar perímetro abdominal cada 4 horas.
- Vigilar deposiciones y sus características.

## ⑩ 33. PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA DE COLON EN PEDIATRÍA

### Definición :

Procedimiento por medio del cual se realiza limpieza del colon con sustancias hiperosmolares, con el fin de preparar el niño (a) para cirugía.

### Indicaciones :

Es ordenada por el cirujano pediatra en casos de cirugía mayor de colon :

- Cierre Colostomía.
- Colostomía Programada.
- Anorrectoplastia sagital posterior.
- Toma de biopsia de colon (laparotomía).

### Equipos :

- Sonda nasogástrica # 8 ó 10.
- Manitol.
- Buretrol.
- Equipo de macrogoteo.
- Líquidos endovenosos ordenados.
- Solución salina normal con katrol.

### Procedimientos:

1. Ingreso del niño (a) procedente de cirugía ambulatoria o de urgencias (aplicación de protocolo de ingreso de niño (a) a Cirugía Pediátrica). Verificando que haya tenido dieta líquida en casa un día antes.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 68 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

2. Explicación clara a la familia y al niño (a) del procedimiento que se va a realizar.
3. Verificación de órdenes médicas.
4. Pesar al niño (a) con vejiga vacía y continuar control de peso en cada turno hasta terminar preparación de colon.
5. Canalizar vena de buen calibre e iniciar líquidos endovenosos formuladas una hora antes de la preparación. (generalmente líquidos endovenosos medio tónicos).
6. Previa aplicación de metoclopramida según orden médica. Pasar sonda nasogástrica de número acorde con la edad del niño :

- ☞ de 30 días a 18 meses = No. 6
- ☞ de 18 meses a 5 años = No. 8
- ☞ mayor de 6 años = No. 10-12

Dar inicio a la irrigación por sonda nasogástrica según protocolo hasta obtener un retorno intestinal claro.

7. Realizar control estricto de líquidos administrados y eliminados, contabilizando diuresis.
8. Control de perímetro abdominal cada dos horas hasta terminar preparación.
9. Control de signos vitales completos cada 4 horas (presión arterial , pulso, temperatura, respiración).
10. Identificar signos de intolerancia a la preparación como : emesis, distensión abdominal, hipotensión. Dar aviso oportuno a la enfermera y/o al médico de planta del servicio.
11. Proporcionar calor al paciente, lámpara de calor radiante, cobijas etc.
12. Si el niño (a) tiene barrera protectora en su colostomía, conservarlo para la preparación.
13. Registrar procedimientos y observaciones en la hoja de evolución de enfermería.
14. Registrar procedimientos y observaciones en la hoja de facturación.
15. Llevar al niño (a) al quirófano, según el protocolo.

### **34. ASPECTOS DE COORDINACIÓN EN ENFERMERÍA**

Enfermería proporciona cuidados de salud en forma continuada a los pacientes, su participación en las funciones de registro y manejo de historias clínicas permite identificar las necesidades de atención al paciente de forma directa e integral, apoyando al equipo interdisciplinario en la atención durante las 24 horas del día.

La enfermera profesional es responsable de la ejecución directa de los planes de cuidado y el auxiliar de enfermería colabora con las enfermeras en la atención del paciente y en el desarrollo de los planes de cuidado.

#### **El manejo de la historia clínica se hace de la siguiente forma:**

Diligenciamiento de formatos, con el fin de proporcionar información sobre la evolución del paciente y apoyar las decisiones del equipo de trabajo.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 69 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Los formatos utilizados son:

1. Signos Vitales
2. Balance de Líquidos
3. Hoja de Tratamiento
4. Control pre-operatorio

Estos instrumentos son diligenciados en cada turno, por el auxiliar de enfermería, con la supervisión y acompañamiento de la enfermera profesional.

Revisión o chequeo de órdenes médicas. La enfermera es quien ejecuta esta actividad, sin embargo en ocasiones (por falta de cobertura en las noches o fines de semana) es el auxiliar de enfermería quien realiza el chequeo de órdenes médicas.

Una vez revisada la historia, procede a elaborar el kardex; aunque no forma parte de la historia clínica, en este se transcriben las órdenes médicas y se establecen las acciones de cuidado que la enfermera y/o el auxiliar de enfermería le realizan al paciente.

Aquí es bien importante aclarar: la enfermera debe cumplir órdenes médicas que estén por escrito; se exceptuará en los momentos cuando las condiciones del paciente lo ameriten, el cumpliendo órdenes verbales, pero verificando que el médico transcriba lo solicitado en forma verbal inmediatamente el paciente se estabilice.

- ◆ Nota de evolución de enfermería.
- ◆ Registro del Profesional de Enfermería: De acuerdo a la cobertura de enfermería y circunstancia del servicio, la enfermera podrá:
  - ◆ Evolucionar los pacientes críticos según prioridades.
  - ◆ Registrar los procedimientos que el profesional realice.
  - ◆ Cada evolución debe ser referendada con la firma y el sello correspondiente y se registra en la hoja de evolución
  - ◆ La enfermera es responsable de seguimiento, monitoreo y realimentación de los registros de los auxiliares de enfermería.

Hacer el ingreso de los pacientes cuando fuere pertinente (pacientes en UCIs, pacientes de cuidados especiales; según el criterio de la enfermera).

### **Registros del Auxiliar de Enfermería.**

- Debe registrar únicamente las acciones ejecutadas por el auxiliar, teniendo en cuenta las orientaciones de como debe ser la nota de evolución.
- Evolucionar el paciente en cada turno, ojalá registrando los procedimientos ejecutados inmediatamente.
- En la evolución tener en cuenta el siguiente orden:
  - ◆ Aspectos subjetivos
  - ◆ Aspectos objetivos
  - ◆ Intervención o procedimientos realizados.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 70 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

◆ Acciones pendientes.

En la nota del egreso deben figurar las recomendaciones (certificados, RIPS, Epicrisis, radiografías, próximos controles, la entrega de pertenencias, fórmula médica). Si es una puerpera se entrega el carné de controles, el certificado de nacido vivo, el formato SIS 402, tarjeta de vacunas, se hace firmar a la madre y al acompañante con constancia de la cedula de ciudadanía, si no tiene cédula se coloca la huella.

Otro aspecto que enfermería valora en los registros está determinado con el diagnóstico de la infección intrahospitalaria; interpretando los de signos vitales del paciente, valorando los resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, revisando la evolución médica y notificando la infección, si es del caso, al área pertinente.

### 34.1. PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE EL COVE Y EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

**OBJETIVO:**

Integrar acciones de cada área con el fin de hacer trabajo en equipo que permita presentar, analizar y tomar decisiones frente a normas y procedimientos institucionales.

**ESTRATEGIAS:**

- 1- Participación de la enfermera del área de Central de Materiales en el Comité de Vigilancia Epidemiológica.
- 2- Verificación semanal de alertas de insumos
- 3- Toma de decisiones en equipo
- 4- Información al seguimiento de los controles biológicos y técnicos del área.
- 5- Presentación de propuestas conjuntas a las secciones.
- 6- Elaboración y actualización de normas, procedimientos y/o guías de atención.
- 7- Supervisión mediante visitas a los servicios.

### 34.2. PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE EL COVE Y EL SERVICIO DE LIMPIEZA Y ASEO

**OBJETIVO:**

Integrar acciones de cada área con el fin de llevar a cabo un trabajo en equipo que permita implementar y hacer seguimiento a las normas que sobre aseo y limpieza tiene la empresa.

**ESTRATEGIAS:**

1. Elaboración de normas y procedimientos en equipo
2. Participación activa del Jefe del área en: Adquisición de insumos, seguimiento a las normas.
3. Capacitación al personal y entrega de normas cuando se actualizan.
4. Seguimiento con la colaboración de las enfermeras de los servicios.
5. Establecimiento de áreas prioritarias para limpieza y aseo

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 71 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

6. Planeación y difusión en conjunto del programa de control de plagas
7. Velar por el cumplimiento de las normas
8. Hacer inducción al personal nuevo

### 34.3. PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE EL COVE Y EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO

#### OBJETIVO:

Integrar acciones de cada área con el fin de efectuar un trabajo en equipo que permita actuar, si es posible, en forma preventiva en la detección de factores de riesgo o, en la atención oportuna de las necesidades de los servicios.

#### ESTRATEGIAS:

1. Participación del Jefe de Mantenimiento en el Comité Paritario, con el fin de comprometerlo en el mejoramiento de las áreas.
2. Cada año se hace y/o se actualizan las necesidades de control de vectores y se le pasa al Jefe de Mantenimiento el plan de trabajo a seguir.
3. Se hacen junto con el Jefe de Mantenimiento y la Coordinación de Salud Ocupacional visitas de inspección a los servicios, a fin de mejorar condiciones de trabajo.
4. Se hace monitoreo al plan de necesidades de mejoramiento de áreas de los servicios.

### 35. PROCEDIMIENTO PARA EL PASO DE UNA SONDA NASOENTERAL A CIEGAS. PROCEDIMIENTO MANUAL.

**OBJETIVO:** Mejorar la técnica para el paso de sonda nasoenteral (sonda de tungsteno), teniendo en cuenta los factores de riesgo en la colocación del tubo y garantizar al paciente un medio más seguro, eficaz y cómodo para el suministro del apoyo nutricional.

**DEFINICIÓN:** Se define sonda nasoenteral al paso de la sonda de tungsteno desde la nariz del paciente hasta el intestino, ya sea que alcance duodeno o yeyuno. Recibirá el nombre de sonda nasoduodenal o nasoyeyunal respectivamente. Esta sonda se usa siempre y cuando el tracto gastroduodenal esté íntegro y conserve su función.

#### EQUIPO:

- Sonda nasoenteral con punta de tungsteno o para monitoria de P.H.
- Guantes
- Lubricante hidrosoluble
- Jeringa de 20 a 50 ml
- Esparadrappo hipoalergénico
- Marcador

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 72 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- Vaso con agua-gelatina
- Fonendoscopio
- Cinta de medición P.H.

### PROCEDIMIENTO

- 1- Explique el procedimiento al usuario.
- 2- Lávese las manos.
- 3- Colóquese tapa bocas y blusa de bioseguridad.
- 4- Cálcese los guantes.
- 5- Coloque al paciente en posición semi fowler con el cuello ligeramente flexionado.
- 6- Mida la longitud aproximada que se va a introducir, tomando la distancia que va desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de allí hasta la apófisis xifoides.
- 7- Evalúe la permeabilidad de las fosas nasales del paciente.
- 8- Irrigue la sonda con la guía colocada, esto facilitará el retiro posterior de la guía metálica.
- 9- Lubrique la parte externa de la sonda sumergiéndola en agua, si el paciente es capaz de cooperar pedirle que degluta agua, gelatina o compota para facilitar el paso a través de la faringe.
- 10- Haga que el paciente flexione el cuello y degluta al tiempo que se introduce la sonda.
- 11- Verifique que la sonda no esté enrollada en la boca o en la faringe.
- 12- Continúe avanzando el tubo mientras el paciente traga agua hasta que la marca preestablecida llegue a la fosa nasal.
- 13- Si el paciente empieza a toser retirar la sonda hasta la nasofaringe e intentar nuevamente
- 14- Conecte una jeringa vacía, al conector distal del tubo y aspire de 10 a 20 ml, de contenido gástrico.
- 15- Observe las características del débito gástrico obtenido:  
Color, consistencia, olor, coloque al paciente en posición semi fowler lateral derecha y aplique 20 mg de metoclopramida intravenosa, puede facilitar el paso a través del píloro, actúa como proquinético
- 16- Introduzca de 100 a 200 cm de aire con una jeringa de 50 c.c continúe pasando la sonda con movimientos giratorios de la mano, a la vez que se ausculta con un fonendoscopio ubicado sobre el cuadrante inferior derecho por debajo de la rejilla costal (otros autores hablan de 10 c.c de aire por kilo de peso).
- 17- Una medición de p.h mayor a 4 puede implicar que el extremo de la sonda se encuentre en el duodeno, el color (verde pasto) característica de contenido intestinal.
- 18- Solicite RX simple de abdomen con el fin de verificar la ubicación de la sonda.
- 19- Si el tubo se encuentra en el intestino retire la guía e inicie la mezcla al goteo indicado.
- 20- Quítese los guantes y descártelos.
- 21- Lávese las manos.
- 22- Registre el procedimiento en la hoja de evolución.

### 36. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTES CON MENINGITIS MENINGOCÓCCICA

#### Definición:

Enfermedad producida por la Neisseria meningitides, de los cuales los grupos B y C son los causantes de la mayoría de casos.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 73 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

**Reservorio:**

Los humanos.

**Forma de transmisión:**

Por contacto directo; goticas o secreciones de las vías nasales y de la faringe de personas infectadas. Por lo común causa únicamente una infección subclínica. El índice de portadores puede llegar al 25%.

**Periodo de incubación:**

De 2 a 10 días

**Clínica:**

- ◆ Infección del tracto respiratorio superior
- ◆ Meningococcemia
- ◆ Meningitis

Pródromos leves de faringitis, rinorrea, tos, cefalea y conjuntivitis durante la semana previa al recrudecimiento de los síntomas.

**Meningococcemia:** Afecta a 30-40% de los pacientes con enfermedad meningocócica. Hay fiebre alta de inicio súbito, náuseas y vómito, el paciente se encuentra agudamente enfermo. Exantema que afecta al 75% de los pacientes, máculo papular, petequeal o equimótico principalmente sobre tronco y extremidades. Posteriormente hay una etapa mas crítica con hipotensión, disminución del llenado capilar y ausencia de signos de meningismo para entrar luego a una CID (coagulación intravascular diseminado) y falla multisistémica

No se pueden diferenciar los síntomas agudos de las otras meningitis producidas por otros microorganismos. Hay fiebre, cefalea, vómito y signos de disfunción cerebral. Mialgias y fotofobia. Se presentan además signos de meningismo como el kernig o Brudzinski. Si la enfermedad progresa, hay coma, convulsiones y signos de focalización.

La Meningococcemia sin meningitis se asocia con un pronóstico peor que la meningitis meningocócica sola.

**Factores de riesgo:**

- Inmunidad del huésped.
- Carencia de anticuerpos bactericidas protectores frente a la cepa infectante, por esto en los lactantes la susceptibilidad aumenta entre los 6 y 12 meses de edad.
- Deficiencia inmunológica principalmente en el complemento.
- Enfermedad sistémica (lupus, glomérulonefritis)



### **Diagnóstico:**

- Cultivo, Gram. , inmunoanálisis de LCR o sangre.
- Cuadro hemático: neutropenia y trombocitopenia.
- Examen de las lesiones: El gram de las petequias muestra diplococos gram negativos extra o intracelulares.
- Pruebas de aglutinación en Látex: Tiene una sensibilidad del 80% y especificidad cercana al 100%.
- Hemocultivos.
- Pruebas de coagulación: se aprecia aumento del PT, PTT y disminución del fibrinógeno.

### **Diagnóstico diferencial:**

- Abscesos cerebrales, empiemas, meningitis por otras causas.
- Endocarditis bacteriana
- Exantema por Micoplasma, púrpura vascular, tifus endémico.

### **Tratamiento:**

- Medidas de sostén, si es del caso manejo en UCI.
- Penicilina cristalina a dosis meníngeas; 300.000-400.000 unidades /kg/d.
- Cefalosporinas de tercera generación: cefotaxima, ceftriaxona
- Si existe alergia a alguno de los anteriores compuestos se debe usar el cloranfenicol.
- Aislamiento del tipo respiratorio luego de iniciar quimioterapia, uso de mascarillas, sin ser necesario batas o guantes.

### **Protección de contactos:**

- Aplicación de profilaxis a los contactos íntimos, los que estén en el núcleo familiar y con quienes comparta utensilios de comida. El caso índice también debe recibir profilaxis.
- El tratamiento de elección es la rifampicina a 10 mg/kg/cada doce horas por dos días.
- También es eficaz la ceftriaxona en una sola dosis de 125 MG IM para los menores de 15 años.
- Notificación obligatoria

## **37. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA ECOGRAFIA ABDOMINAL O PELVICA**

### **Recomendaciones:**

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 75 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- N.V.O. (nada vía oral).
- El paciente debe llevar la vejiga llena.

### 38. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ADULTO QUEMADO

#### PROPÓSITO:

Ofrecer cuidados de enfermería con calidad y eficiencia a los usuarios del área, con el fin de obtener una pronta y óptima recuperación, identificar necesidades subjetivas y objetivas del paciente

#### ALCANCE:

Aplicar normas y desarrollar procedimientos que puedan contribuir al bienestar y recuperación del usuario

#### PROCEDENCIA:

Urgencias – Quirófano

#### ENTRADA:

Usuario quemado con cama previamente asignada.  
Documentos del paciente (historia clínica y demás documentos)

#### PRODUCTO:

Usuario recuperado y satisfecho con la atención y cuidados de calidad

#### PROCEDIMIENTO

- 1- Solicitud de cama para el paciente.
- 2- Revise y verifique equipos e insumos de la unidad donde se va a hospitalizar el paciente.
- 3- Ingreso del usuario a la unidad.
- 4- Brinde información a la familia sobre: visitas y su participación en el cuidado.
- 5- Brinde atención según el tratamiento empleado en el quirófano. cumplir ordenes médicas.
- 6- Brinde cuidados de enfermería de acuerdo al plan de manejo del kardex.
- 7- Tenga en cuenta el manejo multidisciplinario que requieren estos pacientes.
- 8- Realice los registros pertinentes según las normas.
- 9- Aplique pautas referentes al egreso del paciente según las normas.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 76 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

### **39. PROCEDIMIENTO ESPECIALES: PROCEDIMIENTO PARA LA COLANGIOGRAFIA POR TUBO EN T**

- Dejar el paciente en ayunas.
- La noche anterior, cerrar el tubo en T, si el paciente no presente dolor abdominal o salida de bilis al rededor.
- Trasladar al paciente a la hora exacta.

### **40. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: PREPARACIÓN PARA LA UROGRAFIA EXCRETORA**

- El día anterior al examen dar dieta líquida (no tomar ni jugos ácidos, ni leche, ni gaseosa).
  - Aplicarse un enema travad rectal el día anterior al examen a las 3:00 p.m.
  - Tomar un enema travad oral el día anterior al examen a las 6:00 p.m.
  - El día del examen tomar 4 horas antes de la hora indicada un enema travad oral.
  - Llevar a Radiología con vena canalizada y a la hora indicada.
- Lo anterior según indicaciones del Servicio de Radiología.

### **41. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: PREPARACIÓN PARA LA ARTERIOGRAFÍA**

- El mismo día, rasurar ambas regiones inguinales media hora antes del examen.
- Canalizar vena en brazo derecho.
- Premedicar al paciente minutos antes de ser trasladado a Radiología, según orden médica ( 1/2 ampolla de Valium, 1/2 ampolla de Meperidina intramuscular o intravenosa).
- Trasladar al paciente a la hora indicada.

### **42. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: PROCEDIMIENTO PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DRENAJE DE TÓRAX**

#### **DEFINICIÓN:**

Es el procedimiento por el cual se drenan aire y líquidos de la cavidad pleural, mediante una sonda colocada en la cavidad torácica, en el espacio pleural y conectada a una trampa de agua o a un succionador electrónico. Se realiza en caso de neumotórax, y/o hemotórax producido por traumatismos o cirugía de tórax, para facilitar la reexpansión del pulmón que se ha retraído, mejorar la condición respiratoria y prevenir complicaciones circulatorias al paciente.

#### **OBJETIVOS:**

- Reestablecer y mantener la función cardiorrespiratoria
- Lograr la recuperación rápida y total de los pulmones al evacuar el contenido

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 77 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

retenido (neumotórax, hemotórax, piotórax en la cavidad pleural)

### **PASOS PARA EL CAMBIO DE FRASCO:**

- Cambie el frasco cada 24 horas según necesidad y orden médica.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Para cambiar el frasco:

Abra el paquete estéril, tome el frasco, coloque agua estéril, conecte el tubo del drenaje procedente del paciente al tubo largo del frasco, cuyo extremo debe quedar sumergido únicamente 2.5 cms por debajo del nivel del agua.

- Asegure la tapa del frasco sin que pueda abrirse fácilmente, ni que le entre aire.
- El tubo corto (tubo de aire), debe quedar abierto al exterior, nunca lo tape con esparadrapo.
- Al realizar el cambio de frasco debe pinzar la sonda o tubo de drenaje que tiene el paciente para evitar que entre aire en la cavidad pleural, teniendo la precaución de hacerlo en el menor tiempo posible.
- Conecte rápidamente el tubo largo del frasco al drenaje del paciente y suelte la pinza.
- Asegure el frasco al piso para que no se mueva fácilmente.
- Coloque una marca al nivel del agua en el frasco que diga: Cantidad de agua colocada, hora, fecha en que se realizó el cambio de agua, nombre de quien realizó el procedimiento.
- Brinde educación al paciente acerca del manejo del frasco.
- Registre el procedimiento en la hoja de evolución.
- Registre costos en la hoja de facturación.
- Realice limpieza y cambio de apósito en el sitio de entrada de tubo a tórax.

### **➤ RECOMENDACIONES GENERALES EN ASISTENCIA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO**

- El tubo no debe formar asas, ni interferir con el movimiento del paciente.
- Procurar que el paciente adopte una posición cómoda.
- “Ordeñar” el tubo en la dirección del frasco de drenaje con intervalos de una hora.
- Comprobar que existe fluctuación (tipo “flujo de marea” en el nivel líquido del tubo).

Las fluctuaciones de líquido en el tubo cesarán cuando:

- a. Se produzca reexpansión pulmonar.
- b. Si el tubo se obstruye por coágulos y fibrina.
- c. Si se forman asas en el tubo.
- d. Si la membrana o motor de aspiración no funciona adecuadamente.
  - Vigilar posibles fugas de aire en el sistema de drenaje, que se manifiesta por burbujeo constante en el frasco con sello hidráulico.
- e. Aplicar una pinza al tubo (momentáneamente) cerca del tórax, en presencia de fuga de aire, pero solo si lo ordena el médico.
- f. Informar sin pérdida de tiempo del burbujeo excesivo en el frasco con sello hidráulico.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 78 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

g. Vigilar e informar al médico riesgos de dificultad respiratoria .

#### 43. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

La elaboración de mezclas de medicamentos citostáticos, debe estar centralizada y se debe contar con infraestructura y planta física adecuadas a la peligrosidad que conlleva el manejo de ellos.

##### Requisitos que debe cumplir el personal:

- ↪ Estar capacitado para manejar medicamentos citostáticos, tanto en su dispensación como en su almacenamiento.
- ↪ Tener conocimiento de los riesgos a los que se expone si maneja en forma inadecuada estos medicamentos.
- ↪ El personal implicado en la preparación y administración de medicamentos citostáticos, debe someterse a control médico, que incluye: examen físico y análisis completo de sangre al menos una vez al año o más frecuentemente si se somete a exposiciones agudas, con el fin de detectar cualquier anomalía.
- ↪ No deben manejar estos fármacos:
  - Mujeres en estado de gestación o que estén planeando un embarazo
  - Madres en período de lactancia.
  - Madres de hijos con malformaciones.
  - Personas con historia de alergias o tratamiento previo con citostáticos, radiaciones o ambos.
  - Personal del que se sospeche posible daño genético.
  - Personas con cualquier proceso infeccioso (gripe, catarro, etc), ni aquellas que tengan heridas infectadas en las manos.

**Normas de trabajo del personal:** El personal que trabaja con medicamentos citostáticos, antes de ingresar a la sala de preparación debe:

- Lavarse cuidadosamente las manos antes y después de finalizar su trabajo.
- Vestirse con bata estéril de un solo uso, cerrada por delante, de mangas largas y puños elásticos y que no desprendan hilos o partículas.
- Usar guantes desechables, colocados por encima del puño de la blusa. Los guantes deben cambiarse después de una hora de uso, e inmediatamente en el caso de que se contaminen con algún citostático o que sufran alguna ruptura, o al finalizar cada sesión de trabajo.
- Usar gafas con protectores laterales.
- Usar gorro y mascarilla.
- Usar zapatos protectores. (en lo posible)
- Se prohíbe llevar joyas o cosméticos, comer, beber, fumar.
- Toda persona que ingrese al lugar deberá estar vestida adecuadamente.
- Durante la operación, se debe trabajar en silencio, evitando los movimientos bruscos, para minimizar las turbulencias de aire, las que podrían aumentar la contaminación.

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 79 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

### **Procedimiento:**

1. Limpiar la cámara con un algodón o gasa humedecido en alcohol de 70°, siguiendo la dirección de adentro hacia fuera.
2. Encender la luz U.V. al menos 30 minutos antes de empezar la preparación.
3. Cubrir la mesa con un paño absorbente con el revés impermeable, con el fin de retener posibles derrames que se originen durante la manipulación. Este paño se debe retirar una vez finalizado cada ciclo de trabajo y desecharlo junto con el resto del material contaminado.
4. Colocar en el interior de la cámara los insumos necesarios para la preparación, los que deben estar previamente desinfectados con alcohol de 70°.
5. Colocar en el interior de la cámara dos recipientes que sirvan para eliminar los excesos de solución, y el material contaminado (agujas, jeringas, ampollas, frasco ampollas, etc).
6. Hacer funcionar el ventilador al menos 15 minutos antes de empezar la preparación, para permitir un buen barrido del área de trabajo.
7. Realizar la operación de preparación de manera de no obstaculizar el aire. Se debe trabajar en el centro de la cámara ya que en esa zona la turbulencia es menor, lo que lleva a una mejor calidad del aire.

### **Normas de limpieza de la zona de la cámara de bioseguridad:**

Se debe:

- Limpiar el suelo diariamente pasando un traperero con los desinfectantes utilizados para las zonas estériles del hospital.
- Se debe realizar aseo terminal de la unidad una vez por semana (incluyendo muros y cieloraso).
- El recinto de la cabina y el pasillo de descontaminación deben limpiarse al terminar el trabajo del día y, bajo ningún concepto debe quedar sucio hasta la mañana siguiente.

### **Técnicas de preparación:**

La preparación de medicamentos citostáticos se hará bajo la cámara de bioseguridad.

Si el citostático se presenta en ampollas se debe:

- Asegurar que no quede líquido en la parte superior antes de abrir la ampolla.
- Rodear el cuello de la ampolla con una gasa estéril empapada con alcohol de 70°, con la finalidad de retener el medicamento que pudiera proyectarse.
- Abrir la ampolla en dirección contraria al operador.
- Colocar en la jeringa un filtro de una micra (para retener partículas) y luego proceder a retirar el contenido de la ampolla.
- Eliminar las burbujas de aire de la jeringa colocando una gasa estéril alrededor de la aguja.

Si el citostático se presenta en frasco, se debe:

- Realizar la operación de reconstitución evitando crear sobrepresión en el interior

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 80 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

del frasco ampolla, para impedir la proyección de aerosoles alrededor del punto de inserción de la aguja o, al retirar ésta.

- Introducir la aguja formando un ángulo de 45° con la superficie del tapón, con el bisel hacia arriba y contra el operador. Cuando ha penetrado la mitad del bisel, la aguja se dispone en forma perpendicular al tapón a la vez que continúa la introducción, manteniendo siempre una presión negativa al interior del frasco ampolla.
- Extraer una pequeña cantidad de aire tirando hacia atrás del émbolo de la jeringa, e introducir el disolvente en cantidad ligeramente inferior al aire extraído, lentamente dejando que resbale por las paredes interiores del frasco ampolla. Repetir esta operación hasta añadir todo el disolvente deseado. Antes de retirar la aguja para evitar la proyección de aerosoles, proceder a extraer una nueva porción de aire, con objeto de crear una presión negativa en el interior.
- Para extraer la solución reconstituida, no se debe introducir aire en el interior del frasco ampolla, salvo que la presión diferencial que se cree haga imposible la operación, en este caso la cantidad de aire inyectado debe ser menor al volumen de solución retirada.
- Colocar una gasa estéril alrededor de la aguja en el momento de la extracción para evitar aerolizaciones y goteos.

Luego de concluida la preparación, se debe etiquetar inmediatamente para evitar cualquier riesgo de confusión.

La etiqueta debe tener:

- Datos de identificación del usuario.
- Composición del medicamento.
- Fecha de preparación y conservación.
- Administración (vía, fecha y hora).
- Firma del responsable.

### **Administración al usuario:**

La administración al usuario debe ser realizada por personal de enfermería especialmente entrenado para el manejo de estos medicamentos, quienes deben conservar todas las normas de bioseguridad establecidas en la Institución.

La técnica de administración es la siguiente:

1. Colocar en la jeringa una gasa estéril impregnada en alcohol de 70° para expulsar posibles burbujas de aire.
2. Seleccionar el lugar de la infusión; utilizar de preferencia una vía central, y en el caso que esto no sea posible, elegir una vena de calibre adecuado.
3. Comprobar la integridad de la vena y flujo, así como la adecuada colocación del catéter, antes de administrar el medicamento. Ante cualquier anomalía, seleccionar otro lugar.
4. Al finalizar la administración, se debe lavar el equipo y la vena con el suero de la infusión. En caso de perfusión continua debe vigilarse frecuentemente.

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 81 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

- 5.** Concluida la administración, depositar todo el material utilizado (equipos, gases, receptáculos de agujas, etc.), en bolsa y cerrar herméticamente. Colocar etiqueta con la leyenda CONTAMINADO MATERIAL CITOSTATICO, y enviar al lugar correspondiente para ser eliminado según normas.

#### **Procedimiento en caso de extravasación de agentes citostáticos:**

Una de las principales complicaciones en la administración de medicamentos citostáticos, es la posibilidad de que se produzca una extravasación de estos, lo que podría ocasionar grave daño al usuario, dependiendo del tipo de neoplásicos que se esté utilizando. Se debe considerar:

**Factores de riesgo:** Son los casos en los que existe un mayor riesgo de sufrir extravasación por:

- Usuarios que no pueden comunicar la sensación de dolor que se produce durante la extravasación.
- Usuarios con historia de enfermedades vasculares periféricas, diabetes, síndrome de Raynaud.
- Usuarios que han recibido previamente radioterapia en la zona de punción.
- Usuarios sometidos a terapia intravenosa previa de larga duración.
- Elección inapropiada del catéter intravenoso utilizado.
- Realización del procedimiento por parte de personal sin capacitación o sin experiencia previa.
- Localización inapropiada de la punción.

#### **Identificación:**

La identificación de la extravasación debe ser lo más precoz posible. La sintomatología que puede inducir sospecha es la aparición de dolor, aspecto eritematoso o pálido y sensación local de calor, frío o quemazón.

- **Prevención:** Las principales medidas a tomar son:
  - Ejecución del procedimiento por parte de personal con experiencia. Conocimiento de los medicamentos que administra, efectuar la dilución correcta, administrarlo a la velocidad adecuada y mantener una vigilancia cuidadosa.
  - Elección correcta del lugar de la punción. Se debe elegir un vaso con gran flujo que permita una dilución rápida.
  - Elección correcta del catéter.
  - Correcto método de administración.

#### **Manejo:**

Se realiza de acuerdo al protocolo establecido para cada Institución, en general se aplican las siguientes medidas:



- Detener la infusión del medicamento.
- No retirar el venocath.
- Aspirar tanto como sea posible el líquido extravasado.
- Pasar 5cc de Solución Salina Normal, para diluir la concentración del medicamento extravasado.
- Aplicar media ampolla de Oradexón (Dexametasona), a través del venocath y la otra mitad inyectarla en los tejidos infiltrados en forma de corona con aguja número 25.
- Comunicar inmediatamente los hechos presentados.
- Retirar el venocath.
- Aplicar hielo o compresas frías tres veces al día por 24 horas y después compresas tibias por tres días más.
- Registrar en la historia clínica el incidente y las medidas terapéuticas aplicadas.
- Vigilar el sitio de la extravasación durante 72 horas e informar los cambios observados

#### **44. MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRA ABDOMINAL POR EL MÉTODO INTRAVESICAL**

##### **DEFINICIÓN:**

Es el procedimiento mediante el cual se mide la presión intraabdominal en pacientes con patología abdominal que presenten deterioro súbito de su estado hemodinámico y respiratorio.

En óptimas condiciones, es decir en pacientes sin patología abdominal, la presión intraabdominal es igual a cero, la cual variará mínimamente con los movimientos diafragmáticos de acuerdo con la respiración.

El aumento no detectado de la presión intraabdominal puede variar desde la hipertensión abdominal leve y sin mayores consecuencias patológicas para el paciente, hasta el síndrome de compartimiento abdominal en el cual se generan los efectos fisiológicos letales de la presión sobre los órganos contenidos dentro del abdomen.

Por lo tanto la medición pre y post operatoria de la presión intraabdominal puede representar un indicador temprano y objetivo de complicación postoperatoria y facilitar la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de emprender una reintervención quirúrgica.

##### **CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN INTRA ABDOMINAL**

###### **GRADO I : 10 - 15 cm. DE H2O**

Se recomienda optimizar la volemia y manejarla en forma expectante repitiendo la medición cada dos horas.

###### **GRADO II : 15 – 25 cm. DE H2O**

	<b>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA</b>	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 83 de 85
	<b>MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>	

La elevación de esta presión por encima de 15 cms. de agua hace que ocurran alteraciones a nivel de la presión inspiratoria pico como consecuencia de la transmisión del incremento por vecindad de la presión intraabdominal al tórax.

El tratamiento debe basarse en la optimización hemodinámica y contemplar la posibilidad de descomprimir el abdomen quirúrgicamente según el compromiso del paciente.

### **GRADO III : 25 -35 cm. DE H2O**

En estos pacientes existe un franco deterioro de la perfusión de todos los órganos y estructuras intraabdominales debido a la obstrucción extrínseca que conlleva a la disminución importante del flujo sanguíneo esplácnico, produciendo alteraciones en su función secundaria a hipoxemia y acidosis, además de las marcadas alteraciones respiratorias por lo cual la conducta debe llevar una resucitación agresiva con descompresión quirúrgica.

### **GRADO IV : MAYOR DE 35 cm. DE H2O**

Hay un compromiso hemodinámico inminente y un deterioro progresivo importante por lo que debe instaurarse una resucitación agresiva seguida de una laparoscopia o, una laparotomía urgente.

### **OBJETIVOS**

- ⑩ Identificar precozmente las complicaciones que puede causar un aumento en la presión intraabdominal y las alteraciones que puede causar.
- ⑩ Establecer un tratamiento rápido y eficaz que puede estar dirigido a emplear medidas de soporte o a una descompresión quirúrgica, según lo indique el grado de hipertensión abdominal.
- ⑩ Evaluar las decisiones tomadas con relación al tratamiento instaurado.

### **EQUIPO**

- ⑩ Sonda Foley
- ⑩ Equipo para medir PVC
- ⑩ Solución Salina Normal
- ⑩ Buretrol
- ⑩ 2 equipos de macrogotero (3)
- ⑩ Llave de 3 vías
- ⑩ Guantes y Gasas
- ⑩ Escala Métrica
- ⑩ Atril

### **PROCEDIMIENTO**

- ⑩ Realice la colocación del catéter intravesical y verifique que se encuentre en posición adecuada.
- ⑩ Tome la SSN y conéctela a un equipo buretrol:



- ⑩ Conecte el equipo de PVC.
- ⑩ Purgue el sistema completo.
- ⑩ Instale el extremo distal del equipo de PVC a una llave de tres vías.
- ⑩ Conecte otra llave de tres vías y en ésta el drenaje hacia el buretrol.
- ⑩ Coloque el paciente en posición horizontal.
- ⑩ Cierre con la llave de tres vías la salida hacia el buretrol de drenaje.
- ⑩ Pase de 30 a 50 C.C. de SSN a la vejiga dependiendo de la edad del paciente.
- ⑩ Tomando como punto de referencia la sínfisis pública haga coincidir con esta el cero de la escala .
- ⑩ Utilice la llave de tres vías para pasar la SSN del paciente al medidor del tubo.
- ⑩ Observe la oscilación en la columna del tubo medidor y registre dicho valor.
- ⑩ Abra la llave de tres vías y deje salir el líquido desde la vejiga.
- ⑩ A la diuresis obtenida reste la SSN utilizada en la medición.

## CONTRAINDICACIONES

Trauma Uretral.

## PRECAUCIONES

Confirmar que la estructura de las vías urinarias esté íntegra. La pérdida de la integridad de la vía urinaria puede agravar la lesión uretral y permitir el paso de solución normal al abdomen.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ⑩ Este es un procedimiento que realiza la enfermera de cuidado intensivo.
- ⑩ Mida el perímetro abdominal con cada monitorización.
- ⑩ Cambie y rotule el equipo de medición cada 48 horas.
- ⑩ Verifique que el paciente se encuentre en posición horizontal.
- ⑩ Controle signos vitales antes y después de la medición con el objetivo de detectar alteraciones hemodinámicas.

## 5. GENERALIDADES

Con el fin de verificar los criterios y ajustar los anteriores procedimientos a la Ley, se reunieron las coordinadoras de enfermería y las enfermeras de los diferentes servicios. Una vez analizados y discutidas las guías y procedimientos de Enfermería, estos fueron aprobados. Su última revisión por parte enfermería se hizo en enero del 2006.

Después de la elaboración de los procedimientos, fue necesario expedir acto administrativo (Resolución 2347 de 2003), dándole carácter de reglamentación a todos los funcionarios encargados de realizar dichos procedimientos.

## 6. NORMATIVIDAD:

	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA	Código: SA-MN-001 Versión: 001 Fecha: Sept 5/2007 Página 85 de 85
	MANUAL DE GUÍAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	

Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996, se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resolución 1439 de 2002 reglamentaria del Decreto 2309 de 2002 de Garantía y Calidad.

Resolución 1043 de abril de 2006.

**Los anteriores procedimientos de enfermería fueron aprobados en la RESOLUCIÓN No. 2347 (Septiembre 11 de 2003), en uso de sus atribuciones legales por el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge.**

**ARTICULO PRIMERO:** Aprobación de las anteriores protocolos y Procedimientos de enfermería de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** A partir de la publicación de la presente resolución todo el personal de Enfermería de la Institución se obliga a darle aplicación a lo dispuesto en el artículo primero.

**ARTÍCULO TERCERO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Elaboró: Claudia Lucia Castaño/ Clemencia Cuellar /Martha Medina	Revisó Carlos P. Córdoba P.	Aprobó Carlos M. Sánchez
Cargo Coord. Enf. Urgencias / Coord. Enf. Mat.Inf. / Coord. Med. Adulto	Cargo Jefe de Sección. Auditoría de Calidad.	Cargo Subgerente Asistencial
Firma	Firma	Firma
Fecha Septiembre 5 de 2007	Fecha: Septiembre /2007	Fecha Septiembre /2007