



RESOLUCION EXENTA: 1407

CORONEL, 21 SEP 2015

VISTOS: Los antecedentes de la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República, D.L. 2763/79, Resolución N°557/81, Resolución Exenta N° 1935/96 sobre facultades delegadas en materia de personal, Encargada Gestión del Cuidado Hospital Coronel:

RESOLUCION:

1. **APRUEBASE** Manual de Enfermería del Hospital San José de Coronel, a contar del 01 de septiembre de 2015.-
2. **DEJESE**, sin efecto Manual de Procedimientos de Enfermería Resolución N°1922 del 22 de octubre de 2012.-

ANOTESE Y COMUNIQUESE




DR. HUGO ARCE REBOLLEDO
DIRECTOR
HOSPITAL DE CORONEL

Transcribo fielmente,

EFIGENIA LUNA NEIRA
Ministro de Fe



Dr.HAR/E.U.MSA/gac
RES. EXTENTA INT. N°19/2015

Distribución:

- ♦ Dirección
- ♦ SDM- Dr. Alex Cleveland
- ♦ EU. Miriam Soto -Encargada Gestión
- ♦ Dr. Luis de los Santos Z., Enc. Of. de Calidad
- ♦ E.U. Silvia Araneda Muñoz, Encargada IAAS
- ♦ Servicios Clínicos y Unidades
- ♦ Sra. Ximena Campos Aguayo, Jefe Oficina de Personal
- ♦ Oficina de Partes



OFICINA DE CALIDAD

MANUAL DE ENFERMERIA

Realizado por: Unidad Gestión del Cuidado.

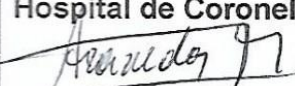
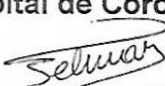
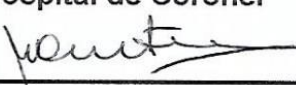



Versión: Segunda

Fecha Aplicación: 01/09/2015

Vigencia máxima: 01/09/2020

Número de Páginas: 88

MANUAL DE ENFERMERIA

REDACTADO:	VERIFICADO:	APROBACIÓN OFICINA CALIDAD	APROBACIÓN DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
<p>E.U. Julieta Araneda Muñoz Enfermera Medicina Hospital de Coronel</p>  <p>E.U. Mariela Belmar Montalba Enfermera Urgencia Hospital de Coronel</p>  <p>E.U. Regina Contreras Henríquez Enfermera Pediatría Hospital de Coronel</p> 	<p>E.U. Miriam Soto Asken Encargada Gestión del Cuidado Hospital Coronel</p> 	<p>Dr. Luis de los Santos Zarraga Encargado de Calidad Hospital Coronel.</p> 	<p>Dr. Hugo Arce Rebolledo Director Hospital Coronel.</p> 
<p>Fecha de Redacción: 10/08/2015</p>	<p>Fecha de Verificación 17/08/2015</p>	<p>Fecha de Aprobación 24/08/2015</p>	<p>Fecha de Aprobación 01/09/2015</p>

INDICE

INDICACION DEL CATETER URINARIO.....	3
INSTALACION DE CATÉTER URINARIO A PERMANENCIA.....	5
INDICADOR DE CUP.....	7
INSTALACIÓN Y MANEJO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL.....	15
INDICADOR DE MANTENCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL.....	19
MANEJO DE TRAQUEOTOMIA.....	23
INDICADOR DE CURACION DE TRAQUEOTOMIA.....	24
INSTALACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO.....	29
INDICADOR DE CATETER VENOSO PERIFERICO.....	34
MANTENCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFERICO.....	36
INDICADOR DE MANTENCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFERICO.....	37
INSTALACION DE VIA VENOSA CENTRAL.....	39
MANTENCIÓN DE VIA VENOSA CENTRAL.....	44
INDICADOR DE MANTENCION VIA VENOSA CENTRAL.....	45
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EV.....	47
INDICADOR DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EV.....	51
INMUNIZACION DEL PERSONAL	53
INDICADOR DE INMUNIZACIONES.....	57
MANEJO DE CADENA DE FRIO.....	58
INDICADOR CADENA DE FRIO.....	69
VIAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.....	70
REGISTRO TOMA CONOCIMIENTO.....	87
FORMULARIO DE MODIFICACIONES.....	88

INDICACIÓN DEL CATÉTER URINARIO

Una de las medidas de control de infecciones más importantes consiste en limitar el uso de catéteres urinarios a pacientes cuidadosamente seleccionados, reduciendo así de esa manera el tamaño de la población en riesgo. Las indicaciones son las siguientes:

- Obstrucción del tracto urinario.
- Para permitir el drenaje de orina en pacientes con vejiga neurogénica o retención Urinaria.
- Algunos casos de cirugía urológica o cirugía sobre estructuras contiguas
- Control de diuresis estricta en pacientes críticos .

Se debe evitar el uso de la caterización para la obtención de orina para cultivo o exámenes en pacientes que pueden voluntariamente vaciar su vejiga y menos debe ser utilizado como un sustituto de los cuidados de enfermería en los pacientes incontinentes.

IMPORTANTE: Debe existir indicacion medica de la intalacion y retiro del cateter

ASEO GENITAL

- El aseo genital precede a todos los procedimientos de cateterización.
- A los pacientes con catéter urinario permanente se debe realizar aseo genital a lo menos dos veces al día, teniendo especial cuidado con la zona que rodea el orificio uretral.

OBJETIVO:

- Disminuir la flora bacteriana residente.
- Eliminar la flora transitoria de la región genital externa.

MATERIALES:

- Bandeja.
- Guantes de procedimientos.
- Tómulas de aseo.
- Receptáculo para desechos.
- Recipiente con agua tibia.
- Chata o riñón.
- Papel higiénico.
- Jabon

PROCEDIMIENTO:

- Informe al paciente con lenguaje comprensible.
- Mantener privacidad del paciente.
- Realice Lavado clínico las manos, según técnica
- Colóquese guantes de procedimientos.
- Colocar la chata o riñón.
- Realizar aseo con tórula con agua y jabón con técnica de arrastre de arriba hacia abajo en las mujeres y retirando el prepucio hacia atrás en los hombres.
- Escurrir agua tibia sobre los genitales.
- Limpiar con tórula con técnica de arrastre.
- Secar con tórula.
- Retirar la chata.
- Lavar el material y guardarlo.
- Eliminar guantes.
- Efectue lavado clínico de manos.
- Registrar el procedimiento en hoja de Enfermería.

CATETERISMO URINARIO A PERMANENCIA.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una sonda urinaria por la uretra hasta la vejiga con el fin de extraer la orina que contiene ésta y vaciarla, y que se mantiene por más de 24 horas.

OBJETIVOS

- Vaciar ala vejiga en caso de retención aguda de orina.
- Permite la medición exacta de la orina excretada en enfermos en estado crítico.
- Eludir y resolver una obstrucción que bloquea el flujo de orina.
- Administrar medicamentos al tracto urinario.
- Facilitar el postoperatorio, especialmente en pacientes operados de riñones, vejiga, uretra y genitales.

RESPONSABLE

- Médicos
- Enfermera
- Matrona

EQUIPO A UTILIZAR

- Equipo completo para aseo genital externo.
- Equipo estéril para cateterismo vesical:
- Riñón o palangana
- Sonda para cateterismo de lumen adecuado
- Paño perforado o apósito
- Jeringa de 10 cc.

- Lubricante (ampolla con agua bidestilada)
- Guantes estériles
- Bolsa estéril recolectora
- Tubo para muestra de examen urocultivo, en caso que se requiera.
- Tela adhesiva para fijación externa.

PROCEDIMIENTO:

Este procedimiento lo realiza la Enfermera y/o Matrona, asistida por el Técnico Paramédico

- Si la condición del paciente lo permite: Informar el procedimiento, solicitando su colaboración.
- Mantener privacidad
- Realizar aseo genital inmediatamente antes del sondeo (ayudante).
- Realice lavado clínico de manos.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar el campo estéril, asegurándose que éste le permita maniobrar sin contaminar los materiales.
- Preparar el catéter probando previamente el balón (insuflando con aire, de acuerdo a indicación del fabricante) y lubricando el extremo con agua bidestilada.
- Introducir el catéter
- Inflar el balón con 5 a 10 cc. De aire o agua según instrucción del fabricante (de preferencia aire por el peso del agua).
- Tomar urocultivo del segundo chorro si esta indicado.
- Conectar los extremos del catéter y recolector sin que los extremos entren en contacto con superficies no estériles
- Comprobar que el recolector tenga la válvula de salida cerrada
- Fijar el catéter sobre el muslo y a la cama del paciente
- Desechar guantes
- Registrar en hoja de enfermería y curva.

- Fecha y hora.
- Calibre del catéter.
- Capacidad del balón.
- Tipo de procedimiento (primera cateterización –recambio)
- Cantidad y calidad de la orina obtenida.
- Registrar en formulario de Vigilancia de infecciones urinarias asociadas a catéteres permanentes si corresponde.

En caso de requerir cateterismo solo para vaciamiento de la vejiga, se utilizará sonda apropiada (habitualmente Nelaton, del menor calibre posible) y se mantendrá técnica aséptica durante el procedimiento.

INDICADOR :

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE INSTALACIÓN DE CUP SEGÚN NORMA}}{\text{Nº TOTAL DE INSTALACION DE CUP}} \times 100$$

Umbral: 85%

TOMA DE MUESTRA DE UROCULTIVO EN PACIENTE CATETERIZADO

OBJETIVO:

- Obtener En forma aséptica una cantidad de orina suficiente para realizar exámenes específicos.

MATERIALES:

- Jeringa.
- Frasco o tubo para muestra
- Tómulas de algodón.
- Guantes de procedimientos.

PROCEDIMIENTO:

- Realice Lavado clínico de manos según normas.
- informe al paciente en lenguaje comprensible.
- Desinfectar el extremo distal del catéter con alcohol.
- Puncionar en el área desinfectada y obtener la muestra.
- Vaciar la muestra en el tubo* evitando que el cuello de la jeringa toque superficies no estériles.
- Tapar el tubo.
- Lavar las manos.
- Rotular la muestra.
- Registrar el procedimiento.

PROCEDIMIENTO DE MEDICION DE ORINA

- Lavado clínico de manos.
- Colocación de guantes de procedimiento
- Vaciar la orina al receptáculo graduado sin tocar con la válvula de salida.
- Desinfectar la válvula de salida del recolector con alcohol y cerrar.
- Registrar la cantidad, color y aspecto de la orina.

PROCEDIMIENTO DE RETIRO DE LA SONDA VESICAL

RESPONSABLE:

- Médico
 - Enfermera, Matrona
-
- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.
 - Con una jeringa de 10 ml vaciar el suero fisiológico del cuff de la sonda.
 - Retirar la sonda suavemente y si el paciente es autovalente indicarle que se lave bien la zona, sino lo es, proceder a su limpieza.
 - Anotar la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.
 - Registrar en formulario de Vigilancia de infecciones urinarias asociadas a catéteres permanentes si corresponde.

INSTALACION RECOLECTOR ORINA PEDIATRICO

- Procedimiento realizado por Profesional o Técnico Paramédico.
- Se debe utilizar material estéril.
- Toma de muestra de orina con técnica aséptica.
- En caso de muestra para urocultivo, el tiempo máximo de permanencia del recolector es de 30 minutos.
- El aseo genital debe preceder a la instalación del recolector (incluido en los cambios de recolector).

OBJETIVO:

- Obtención de muestra adecuada de orina para exámenes.

MATERIALES:

- Recolector de orina pediátrico desechable.
- Agua estéril o suero fisiológico.
- Tómulas o apósitos estériles.
- Frasco para examen.
- Jabón neutro, agua corriente.

PROCEDIMIENTO:

- Lavado clínico de manos.
- Aseo genital según norma, secar con apósito o tórula estéril.
- Realice Lavado clínico de manos.
- Retire cinta que cubre adhesivo del recolector, sin tocar cara interna.

- Coloque recolector sobre genitales, cuidando que el adhesivo quede bien adherido a la piel*.
- Coloque pañal suelto.
- Acostar al niño en su cuna.
- Observar recolector, verificando cantidad de orina, Retirar cuando cantidad de orina sea a lo menos 5cc.
- Dejar al niño con pañal limpio.
- Cerrar recolector (afrentando zonas con adhesivos o con nueva cinta adhesiva de ser necesario).
- Enviar muestra al laboratorio, de acuerdo a norma de envío de muestras.
- Efectue lavado clínico de manos.
- Registre el procedimiento.

NOTA:

- En varones colocar solo el pene en el interior de la bolsa.
- En mujeres cuidar que el adhesivo quede sobre el periné, dejando fuera el ano.

COLOCACION DE DISPOSITIVO URINARIO EN PACIENTE VARON

- Procedimiento realizado por Técnico paramédico.
- El dispositivo debe cambiarse cada 24 horas.
- Realizar aseo genital diario al paciente.
- Supervisión constante de zona peneal y drenaje de orina.
- Se puede usar en pacientes con incontinencia urinaria y/o incontinente.

OBJETIVO:

- Cuantificar diuresis.
- Prevenir complicaciones de la piel debido a incontinencia urinaria.
- Favorecer confort y bienestar del paciente.

MATERIALES:

- Equipo para aseo genital.
- Dispositivo urinario (estuche peneal o condón).
- Bolsa recolectora de orina.
- Tela adhesiva.
- Tijeras.
- Guantes de procedimientos.
- Palangana.

PROCEDIMIENTO:

- Reúna el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Explique el procedimiento si el estado de conciencia del paciente lo permite.
- Realice lavado clínico de manos y colóquese guantes según técnica.
- Realice cama en dos tiempos, según técnica.
- Acomode al paciente en decúbito dorsal y realice aseo genital según técnica.
- Seque prolijamente los genitales y recorte vello si es necesario.
- Sujete el pene, coloque el dispositivo en la punta del pene y deslícelo suavemente hacia arriba.
- Fije el dispositivo en la base del pene, sin comprimir, usando la base adhesiva del dispositivo o tela adhesiva hipoalergénica (tipo micropore).
- Deje un espacio de más o menos 3 cms entre la punta del pene y el extremo distal del dispositivo.

- Coloque la conexión de la bolsa recolectora.
- Cuelgue la bolsa recolectora al borde de la cama, bajo nivel de la vejiga.
- Acomode al paciente y disponga la conexión de manera de no obstaculizar los movimientos del paciente y fije con tela al muslo. En tela registre fecha de instalación.
- Arregle cama.
- Retírese los guantes y elimínelos.
- Efectue lavado clínico de manos.
- registre procedimiento.

PAUTA DE SUPERVISION INSTALACION CUP

Servicio.....

Fecha.....

N°	Observacion	Si	No
1	La indicacion medica de CUP se encuentra explicitada en la ficha		
2	Se realiza aseo genital previo a realizar el procedimiento		
3	Se realiza lavado de manos clinico		
4	Se constata indemnidad del cuff, previa instalacion		
5	Se mantiene tecnica aseptica durante el procedimiento		
6	Se conecta sonda a circuito cerrado y se deja bolsa recolectora bajo el nivel de la vejiga		
7	Se fija el cateter al muslo		
8	Registra procedimiento en ficha clinica		

Observaciones.....

Responsable.....

INSTALACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

DEFINICIÓN:

- 1- TUBO ENDOTRAQUEAL:** Dispositivo invasivo en la vía aérea del paciente que permite mantener la permeabilidad de la vía aérea asegurando una oxigenación adecuada al paciente.
- 2- INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL:** Instalación de tubo endotraqueal para permitir la asistencia ventilatoria artificial o mantención de la permeabilidad aérea del paciente.

OBJETIVO:

- Mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la traquea. Para esto, el extremo distal del tubo debe quedar aproximadamente a 1-2 cms de la carina, de modo que el aire pueda llegar adecuadamente a ambos bronquios.
- Asegurar la correcta instalación y manejo del tubo endotraqueal.
- Prevenir complicaciones relacionadas con la instalación y el manejo del tubo endotraqueal.

INDICACIONES:

- Presencia de Apnea.
- Insuficiencia Respiratoria
- Obstrucción de vías respiratorias.
- Ausencia de reflejos protectores de la vía aérea (depresión respiratoria producida por anestesia, traumatismo craneoencefálico.)

MATERIALES

- 1- Laringoscopio (mango, hoja, baterías, focos)
- 2- Tubo
- 3- Equipo de succión más sonda de aspiración laríngea y sonda de aspiración de tubo endotraqueal.
- 4- Dispositivo de bolsa – válvula – mascarilla.
- 5- Estetoscopio
- 6- Capnografo
- 7- Lubricante, Estilete maleable, jeringa y guantes.

TECNICA DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

- 1- El operador se coloca mascarilla.
- 2- El operador realizara higiene de manos inmediatamente antes del procedimiento.
- 3- El operador se pondrá guantes estériles.
- 4- Mantener buena ventilación y oxigenación al paciente.
- 5- Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio.
- 6- Inmovilización manual de la cabeza y cuello.
- 7- Empuñar el laringoscopio con la mano izquierda.
- 8- Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.
- 9- Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes ni tejidos orales
- 10- Visualizar la epiglotis y luego cuerdas vocales
- 11- Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal en la traquea
- 12- Continuar haciendo avanzar el tubo endotraqueal hasta posicionarlo en la traquea
- 13- Insuflar el manguito con un volumen de aire suficiente para lograr un sello adecuado

- 14- Verificar la posición del tubo ventilando al paciente por medio del dispositivo bolsa- válvula – tubo
- 15- Verificación primaria: Observar expansión torácica y auscultar tórax y abdomen
- 16- Fijar el tubo
- 17- Verificación Secundaria: Capnografía (en pabellón)
- 18- Realizar Higiene clínica de manos.

RESPONSABLES

- Responsable de la indicación: Profesional Medico.
- Responsable en Pabellón: Anestesista.
- Responsable de la aplicación: Profesional Medico (Instalación) y de enfermería (manejo).
- Responsable del SAMU: Enfermera.

NORMAS GENERALES

1. La técnica de intubación endotraqueal debe ser realizada exclusivamente por profesional médico y/o enfermera SAMU.
2. El procedimiento debe ser asistido por profesional de enfermería y técnico paramédico.
3. Durante el procedimiento se evaluarán los signos vitales del paciente (presión arterial, pulso, oximetría)
4. El procedimiento se debe realizar con técnica aséptica.
5. Los materiales a usar en el procedimiento deben ser estériles, de un solo uso y exclusivo del paciente.
6. Si durante el procedimiento se contamina parte del material el operador debe cambiar el material por otro estéril.
7. En caso de intubación fallida en el primer intento, se puede utilizar el mismo tubo por segunda vez, manteniéndolo en el campo estéril. En caso de un segundo

intento fallido deberá utilizarse un tubo nuevo y solicitar ayuda a un segundo operador.

Entre estos intentos se debe mantener la ventilación y oxigenación del paciente.

8. La fijación del tubo se fijara con cinta adhesiva a la cara del paciente.
9. El médico consignará en la ficha clínica del paciente la hora, el grado de dificultad y registro de aspectos técnicos importantes.

INDICADOR

**Nº DE PACIENTES CON INSTALACIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL
SEGÚN NORMA**

_____ X 100

Nº DE PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL OBSERVADO

UMBRAL: 85%

MANTENCIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO:

- Mantener una vía aérea permeable en el paciente intubado, evitando infecciones u otras complicaciones asociadas.

RESPONSABLE:

- Enfermera (o)
- Kinesiólogo.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- 1- Guantes estériles (operador).
- 2- Guantes de procedimiento (Ayudante)
- 3- Mascarilla.
- 4- Circuito de conexión a oxígeno estéril.
- 5- Hoja de enfermería.

ASPIRACIÓN:

- 1- Sistema de Aspiración (portátil o central.)
- 2- Conexiones y frasco recolector del sistema de aspiración.
- 3- Sondas de aspiración estériles.
- 4- Riñón estéril.
- 5- Agua estéril.

PROCEDIMIENTO

- Lavado clínico de manos.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Durante la permanencia del TET, el manguito o cuff, se manipula sólo para monitorizar la presión
- El TET debe cambiarse si se obstruye o existe una evidencia de mal funcionamiento.

- No debe cambiarse en períodos establecidos en forma arbitraria, sino después de evaluar la situación de cada paciente.
- El TET se debe rotar cada 12 horas en la comisura labial.
- Realizar aseo bucal cada 6 horas.
- Mantener fijación del tubo alrededor de la cabeza con gasa o tela, para evitar desplazamiento y arrastre de gérmenes de la vía respiratoria superior a inferior.
- Marcar con centímetros a la salida de los labios como referencia para evaluar su movilización y registrar en hoja de enfermería.
- Realizar aspiración de secreciones, si procede con técnica aséptica
- Dejar al paciente en posición cómoda y segura.
- Administración de oxígeno por TET.
- Retirar el material
- Retirar guantes y desechar.
- Lavado clínico de manos.
- Registrar en hoja de enfermería.

INDICADOR:

**Nº DE PACIENTE CON MANTENCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL
SEGÚN NORMA**

Nº TOTAL DE PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL **X 100**

Umbral: 85%

PAUTA DE SUPERVISION MANTENCION TUBO ENDOTRAQUEAL

Servicio.....

Fecha.....

N°		SI	NO
1	Realiza lavado clínico de manos.		
2	Rota el TET cada 12 horas en la comisura labial.		
3	Mantiene fijación del tubo alrededor de la cabeza con gasa o tela, para evitar desplazamiento y arrastre de gérmenes de la vía respiratoria superior a inferior.		
4	Marca con centímetros a la salida de los labios como referencia para evaluar su movilización y registrar en hoja de enfermería.		
5	Realiza aspiración de secreciones, si procede con técnica aséptica.		
6	Deja al paciente en posición cómoda y segura.		
7	Registrar en hoja de enfermería.		

Puntos Observados:_____

Puntos Cumplidos:_____

RETIRO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO:

- Prevenir complicaciones relacionadas al retiro del TET.
- Retirar el tubo endotraqueal del paciente finalizada la indicación médica.

RESPONSABLE

- Pabellón: Anestesiólogo.
- Servicios clínicos: Médico o Enfermera.

TECNICA:

1. Reunir el material Set de aspiración.
2. Sistema Bolsa- Válvula- mascarilla.
3. Guantes de procedimiento.

PROCEDIMIENTO

1. Lavado clínico de manos.
2. Colóquese guantes de procedimiento.
3. Aspiración de secreciones bucales.
4. Desinfla el Cuff y suelte la fijación del tubo.
5. Si el paciente tiene instalada una sonda nasogastrica, se debe aspirar el contenido gástrico antes de aspirar la Vía aérea, para evitar vómitos y aspiración.
6. Retire el tubo endotraqueal suavemente sin dejar de aspirar.
7. Conectar al paciente a oxigenoterapia.
8. Realice lavado clínico de manos.
9. Registrar en hoja de enfermería.

MANEJO DE TRAQUEOTOMIA

TECNICA CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA

DEFINICION:

Es el procedimiento que se realiza en el estoma traqueal con el fin de prevenir infecciones.

OBJETIVO:

- Disminuye el riesgo de infecciones.
- Mantener limpia y seca la piel circundante al traqueostomía.
- Mantener cánula de traqueostomía permanente.

RESPONSABLE

El procedimiento será realizado por Enfermera y/o personal paramédico previamente capacitado. La frecuencia de curación se establecerá en base a la evaluación constante de los apósitos.

EQUIPO:

- Equipo de curación.
- Matraz suero fisiológico.
- Apósito o moltoprén estéril.
- Cinta de grasa.
- Equipo para aspiración de secreciones.
- Guantes estériles.
- Depósito de desechos.
- Gasas estériles o moltoprén estéril.

PROCEDIMIENTO:

1. Reunir el equipo y llevarlo al lado del paciente.
2. Identificar al paciente verbalmente y/o con ficha clínica.
3. Explicar el procedimiento si está conciente. Colocarle en posición cómoda decúbito dorsal si lo permiten las condiciones del paciente.
4. Lavar las manos.
5. Colocarse guantes estériles.
6. Realizar aspiración de secreciones de la traqueostomía según procedimiento.
7. Cambiar guantes. El ayudante presenta equipo de curaciones y campo.
8. Limpiar la zona del estoma con suero fisiológico asegurando con la mano la posición de la cánula para evitar su expulsión.
9. Cubra con gasa o moltopren alrededor de la cánula y asegurar cánula con cinta mediante un nudo lateral.
10. Dejar al paciente cómodo.
11. Retirar equipo, eliminar material contaminado.
12. Sacarse guantes.
13. Registrar en hoja de enfermería procedimiento fecha, hora, persona responsable y estado del paciente.

INDICADOR

**Nº DE PACIENTE CON CURACION DE TRAQUEOSTOMIA
SEGÚN NORMA**

Nº DE PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

x 100

UMBRAL: 85%

CAMBIO DE CANULA DE TRAQUEOSTOMIA

DEFINICION:

Es el reemplazo de la cánula de traqueotomía.

OBJETIVO:

Prevenir infecciones de la vía respiratoria asociada a la colonización de la cánula.

OPERADOR:

- Enfermera
- Médico

AYUDANTE:

- Técnico Paramédico

MATERIAL:

- Cánula según la edad del niño (la que corresponde, una de número superior y uno de número inferior).
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Jeringa de 10 ml.
- Cinta de fijación.
- Ambú.
- Mesa auxiliar o carro de cura.
- Sistema de aspiración.
- Sonda de aspiración de punta roma.

PREPARACION DEL PACIENTE

- Informe al paciente el procedimiento a realizar, según edad y estado de conciencia.
- Coloque al paciente decúbito dorsal semifowler, con rollo bajo los hombros.
- Inmovilice extremidades superiores si es necesario.
- Revise instalación del sistema de oxigenoterapia, o ventilación mecánica, si corresponde.
- Aspire secreciones si es necesario.
- Informe al paciente conciente que puede originarle tos.

PROCEDIMIENTO

1. Lavado Clínico de manos.
2. Prepare el material en una mesa auxiliar.
3. Colóquese los guantes estériles.
4. Compruebe indemnidad de la cánula y balón (si corresponde).
5. Pase la cinta de sujeción a través de las ranuras de la placa pivotante.
6. Administre al paciente oxígeno enriquecido durante unos minutos.
7. Desinfele el balón de la cánula a retirar, si corresponde.
8. Corte la cinta de sujeción de la cánula instalada en el paciente y retírela.
9. Inserte la cánula nueva.
10. Retire el obturador (si corresponde), sujetando firmemente con la punta de los dedos la placa pivotante.
11. Infle el balón si corresponde.
12. Coloque la gasa alrededor del estómago.
13. Ate la cinta de sujeción.
14. Evalúe la necesidad de aspiración.
15. Ponga al paciente en posición cómoda.

16. Elimine el material de desecho.

17. Anote en la historia del paciente la realización del procedimiento y la tolerancia del paciente.

PRECAUCIONES

- El primer cambio se realiza a los 7 días y posteriormente una vez al mes.
- El procedimiento debe realizarse en horario alejado de la alimentación.
- Realice el procedimiento lo más rápido posible.
- No forzar la entrada de la cánula.
- No corte la gasa del apósito para evitar la entrada de cuerpos extraños.
- Mantenga la gasa alrededor del estómago para evitar lesiones y maceración de la piel.

PAUTA DE SUPERVISION CURACION DE TRAQUEOSTOMIA

Servicio:

Fecha:

N°	Observacion	SI	NO
1	Realiza lavado de manos y reúne equipo.		
2	Coloca en posición cómoda decúbito dorsal si lo permiten las condiciones del paciente.		
3	Realiza aspiración de secreciones de la traqueostomía si procede.		
4	Limpia la zona del estoma con suero fisiológico asegurando con la mano la posición de la cánula para evitar su expulsión.		
5	Cubre con gasa alrededor de la cánula y asegura la cánula.		
6	Registrar en hoja de enfermería procedimiento.		

OBSERVACIONES:.....

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DEL SISTEMA VASCULAR

OBJETIVOS

Canalizar un vaso sanguíneo con el fin de:

- Soluciones para hidratación
- Tomar muestras para exámenes
- Evaluar parámetros hemodinámicas.
- Administrar: -Medicamentos
-Nutrición parenteral
-Sangre y sus derivados

Dependiendo del objetivo para el cual se realiza se clasifican en:

- Temporal o permanente
- Central o periférico

INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO PERIFERICO

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un documento escrito que unifique criterios de inserción y mantención del catéter venoso con el propósito de evitar eventos adversos y mejorar la calidad de la atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mantener vía venosa permeable.
- Disminuir los riesgos asociados a catéter venoso periférico.
- Disminuir el riesgo de accidentes Cortopunzantes.

ALCANCE

- Todos los profesionales facultados por ley y técnicos paramédicos que participen en el procedimiento de instalación de una vía venosa periférica.

RESPONSABLE

- Médico y Enfermera IAAS
- Médicos
- Enfermeras
- Matronas
- Técnicos Paramédicos

DEFINICIONES

Acceso Venoso Periférico: abordaje a una vena superficial de localización extra-aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores siendo más excepcional las extremidades inferiores en adultos.

Catéter venoso periférico. Cánula flexible en condiciones de esterilidad, para la administración de medicación endovenosa, nutrición, hemoderivados y extracción sanguínea, garantizando la permeabilidad de una vía de acceso venoso.

Colonización del catéter: Crecimiento significativo de un microorganismo en un cultivo cuantitativo del extremo distal del catéter, del segmento subcutáneo o de la conexión. Este fenómeno no implica bacteremia, ni requiere de tratamiento antimicrobiano.

Infección del sitio de inserción: eritema, induración mayor sensibilidad y/o exudado en un área de 2 cms. En torno al punto de exteriorización con o sin aislamiento de un microorganismo. Puede asociarse o no con otros síntomas y signos de infección tales como fiebre o pus en el sitio de salida, con o sin infección del torrente sanguíneo concomitante.

Flebitis: Inflamación de una vena que puede evolucionar desde un compromiso leve a severo.

Elección sitio Punción:

- Piel del sitio de punción indemne, salvo que no haya otra alternativa.
- Utilizar las venas de las extremidades superiores.
- No canalizar venas trombosadas, ni utilizadas recientemente. En caso de flebitis utilice miembro contrario. De no ser posible, utilizar la zona más próxima a la línea media del cuerpo en relación con el sitio de flebitis.
- La rotación de puntos de inserción se debe hacer de distal a proximal.
- Evite la instalación en miembros con procesos previos; fístula arteriovenosa, extirpación de ganglios, trombosis de extremidades inferiores.
- Evitar las punciones en zonas de pliegue, aumenta la posibilidad de salida del catéter
- Considerar tipo de solución a administrar y probable duración del Tratamiento.

Preparación sitio punción

- Si se encuentra con suciedad visible, lavar con agua y jabón antes de aplicar antiséptico.
- Desinfecte la zona a puncionar según norma IAAS
- Sólo cuando los vellos impidan realizar el procedimiento, cortar el vello para facilitar la visualización y fijación.

PROCEDIMIENTO

- Informar y explicar al paciente o familiar más cercano, (sí el estado de conciencia del paciente o edad del paciente así lo permite).el procedimiento que se le realizará.
- Realice lavado clínico de manos
- Reunir material necesario: teflón de calibre acorde a vena elegida y terapia indicada, guantes de procedimiento, ligadura, tela adhesiva, riñón estéril, gasa estéril para protección sitio de entrada, equipo de preparación de piel (algodón, alcohol puro), matraz de suero, equipo de fleboclisis, regulador de suero, llave de tres pasos o Conector libre de aguja, lápiz indeleble.
- Uso de guantes de procedimiento
- Limpiar sitio de punción con alcohol al 70%
- Aplicar ligadura para visualizar la vena
- Puncionar y canalizar la vena elegida, el catéter deberá tener el bisel hacia arriba y paralelo a la vena, observar salida de sangre, retire ligadura (una vez confirmada la instalación correcta) y retire el mandril dejándolo en riñón, para posteriormente eliminarlo según norma IAAS.
- Conectar llave de tres pasos o Conector libre de aguja.
- Cubrir el catéter con gasa estéril y fijarlos con tela adhesiva de tal manera que la vía no se desplace.
- Retirar y eliminar material utilizado según norma IAAS
- Retirar guantes
- Realice lavado clínico de manos.
- Registrar sobre la tela adhesiva del catéter con lápiz indeleble:
Nº de teflón, fecha, hora y iniciales del responsable de la instalación.
- Registrar en hoja de enfermería

MANTENCION VIA VENOSA

La mantención del **Acceso Venoso Periférico** constituye un conjunto de acciones de enfermería, destinadas a garantizar el buen funcionamiento del sistema y una correcta manipulación de la vía implantada, previniendo potenciales complicaciones.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Palpación por sobre la gasa estéril y observación directa.
- Cambio de gasa cada vez que se humedezca y cuando se realice cambio de catéter
- Cambio de catéter y bajada de suero cada 72 horas, llevándose el registro de los cambios
- En caso de signos de infección o infiltración retirar vía venosa
- En pacientes difíciles de puncionar usar criterio observando diariamente sitio de punción para verificar que no existan signos de flebitis (registrar evaluación en hoja de enfermería)
- Cambio de catéteres instalados en situaciones de Emergencia en los que las técnicas de asepsia no fueron controladas.

INDICACION DE RETIRO DE VIA VENOSA:

- Signos de flebitis
- Signos de infiltración
- Oclusión de vía venosa
- Vía venosa instalada en situación de emergencia
- Al término de la terapia endovenosa

INDICADOR:

**Nº TOTAL DE INSTALACIÓN CATETER VENOSO PERIFERICO
REALIZADO SEGUN NORMA**

X 100

Nº TOTAL DE INSTALACIONES CATETER VENOSO PERIFERICO OBSERVADO

Umbral: 85%

**PAUTA DE OBSERVACION.
INSTALACION CATETER VENOSO PERIFÉRICO**

	FECHA ESTAMENTO																		
		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera		Enfermera	
		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico		Paramédico	
		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno		Alumno	
Otro: especifique																			
		C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
1	Realiza lavado clínico de manos.																		
2	Explica el procedimiento al paciente.																		
3	Ubica al paciente en posición adecuada selecciona sitio de punción.																		
4	Se coloca guantes de procedimiento, (según expertis del operador).																		
5	Desinfecta sitio de punción, punciona y canaliza vena																		
6	Retira y elimina aguja en contenedor																		
7	Fija y cubre el sitio de inserción con cubierta estéril, rotula sitio de punción con fecha, hora, calibre e iniciales del operador																		
8	Realiza lavado clínico de manos al finalizar el procedimiento																		
9	Registra el procedimiento en historia clínica.																		

C: CUMPLIDOS

I: INCUMPLIDOS

% DE CUMPLIMIENTO: _____

OBSERVACIONES: _____

MANTENCION DE CATETER VENOSO PERIFERICO

La mantención del Acceso Venoso Periférico constituye un conjunto de acciones de enfermería, destinadas a garantizar el buen funcionamiento del sistema y una correcta manipulación de la vía implantada, previniendo potenciales complicaciones.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Palpación por sobre la gasa estéril y observación directa.
- Cambio de gasa cada vez que se humedezca y cuando se realice cambio de catéter
- Cambio de catéter y bajada de suero cada 72 horas, llevándose el registro de los cambios
- En caso de signos de infección o infiltración retirar vía venosa
- En pacientes difíciles de puncionar usar criterio observando diariamente sitio de punción para verificar que no existan signos de flebitis (registrar evaluación en hoja de enfermería).
- Cambio de catéteres instalados en situaciones de Emergencia en los que las técnicas de asepsia no fueron controladas.

INDICACION DE RETIRO DE VIA VENOSA

- Signos de flebitis
- Signos de infiltración
- Oclusión de vía venosa
- Vía venosa instalada en situación de emergencia
- Al termino de la terapia endovenosa

RESPONSABLE:

- Enfermera
- Matrona
- Técnico Paramédico Capacitado.

INDICADOR:

**N° TOTAL DE CATETER VENOSO PERIFERICO CON MANTENCION
SEGÚN NORMA**

N° TOTAL DE CATETER VENOSO PERIFERICO OBSERVADO

X 100

Umbral: 85%

**PAUTA DE OBSERVACION.
MANTENCION CATETER VENOSO PERIFÉRICO**

FECHA																				
ESTAMENTO	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera

Otro: especifique																						
	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
Se mantiene circuito cerrado.																						
Valoracion sitio de insercion diario.																						
Adecuada fijacion del cateter.																						
Fecha de vigencia menor a 72 horas.																						
Mantiene gasa limpia y seca en sitio de puncion.																						
Mantiene la fecha en sitio de puncion.																						
Mantiene fecha de intalacion de bajadas de suero y buretas.																						

CUMPLIDOS

INCUMPLIDOS

% DE

CUMPLIMIENTO: _____

OBSERVACIONES: _____

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

INTRODUCCION

Es un procedimiento consistente en la canalización percutánea de una vía venosa central a través de un acceso periférico utilizando un catéter de doble o triple luz de poliuretano radiopaco.

RESPONSABLE

- Medico Tratante
- Médicos anestesistas

INDICACIONES

- Administración de fluidos
- Monitorización hemodinámica
- Extracción de muestras sanguíneas

CONSIDERACIONES

El profesional médico es el responsable de indicar la instalación donde debe enviar interconsulta al medico anestesista y posteriormente registrar en la historia clínica, También debe registrar el cambio y el retiro del catéter venoso central.

Primero es la elección del tipo de catéter a instalar, según las necesidades del paciente.

Luego el sitio de punción (se tienen normalmente ocho posibilidades de accesos venosos centrales, si se cuenta por separado lado derecho e izquierdo: yugular posterior, yugular anterior , subclavio, femoral, y en ocasiones una variante entre acceso subclavio y yugular posterior, conocido como supraclavio.

Frente al paciente es importante elegir el sitio de acceso con el menor riesgo para éste y la mayor posibilidad de éxito, lo cual depende de la experiencia del operador.

El profesional médico es el responsable de la instalación del catéter venoso central.

MATERIALES

- Delantal y guantes estériles.
- Mascarilla y gorro.
- Paños de campo estériles.
- Jabón antiséptico (clorhexidina 2% - povidona yodada 7,5%)
- Antiséptico (clorhexidina 2% - povidona yodada 7,5%).
- Gasas, apósitos y tómulas de algodón estériles.
- Catéter venoso central.
- Bandeja y copela estéril.
- Equipo de sutura y/o cateterismo.
- Material de fijación.
- Jeringas, agujas.
- Materiales y medicamentos de anestesia local.
- Equipo de fleboclisis.
- Líneas de conexión y adaptadores.
- Hoja de bisturí.
- Recipiente para desechos cortopunzantes.
- Recipiente para fluidos

PROCEDIMIENTO

Preparación de la piel

Tiene como objeto disminuir la flora microbiana normal, eliminar la flora transitoria proporcionando una solución antiséptica con efecto residual.

- Lavado de la piel por arraste con agua y jabón
- El antiséptico clorhexidina al 2 % debe ser utilizado 30 minutos antes

INSTALACION DEL ACCESO

- La técnica de instalación es conocida como técnica de Seldinger.
- Anestésico local se punciona con agua N° 21, para localizar la vena
- La técnica es similar a cualquier punción venosa, una vez ubicada la vena.
- Insertar el trocar, al individualizar la vena, se pasa la guía metálica que sirve como testigo del acceso, una vez ingresada 10 a 15 cm dentro de la vena se retira el trocar, se procede a la dilatación del sitio de inserción con el dilatador del equipo.

INSTALACIÓN

- Informar al paciente del procedimiento
- Colocar gorro y mascarilla
- Efectuar lavado quirúrgico de manos
- Colocar delantal y guantes estériles
- Pincelar con antiséptico en forma centrífuga y amplia el sitio de punción, esperando su tiempo de acción (clorhexidina = 3 minutos, povidona yodada = 2 minutos)
- Preparar campo estéril
- Disponer materiales sobre campo estéril
- Cubrir zona de punción con paños perforados
- Efectuar procedimiento de instalación de CVC
- Manejar material cortopunzante según norma
- Fijar CVC a la piel con punto
- Pincelar con antiséptico sitio de punción
- Cubrir zona con gasa estéril
- Retirar guantes
- Fijar gasa con tela o parche transparente
- Lavar manos
- Registrar en ficha clínica el procedimiento y
- los incidentes ocurridos

EL AYUDANTE

- Lavar de manos
- Preparar materiales en área limpia de la clínica
- Colocar al paciente en posición cómoda
- Colocar gorro al paciente
- Efectuar lavado de manos clínico
- Asear zona de punción con agua y jabón antiséptico (según edad del paciente)
- Secar con apósito estéril
- Presentar paños estériles al operador
- Presentar materiales
- Colaborar con las necesidades del operador durante el procedimiento
- Colocar fecha instalación sobre la tela o parche
- Retirar materiales utilizados a área sucia de la clínica
- Manejar material cortopunzante según norma
- Lavar manos

COMPLICACIONES DE LA INSTALACION DE CATETER VENOSO CENTRAL

- Flebitis
- Trombosis venosa
- Infecciones a través de la sonda
- Neumotórax
- Lesión venosa
- Quilotórax
- Embolía pulmonar
- Embolia por sonda
- Perforación del miocardio o de la pared venosa
- Embolia gaseosa
- Fístula arteriovenosa y seduoaneurismas
- Edema pulmonar unilateral y trastornos cerebrales hiperosmorales

RETIRO CATETER VENOSO CENTRAL

El médico tratante es el que indica el retiro del catéter venoso central y la enfermera ejecuta el retiro.

- Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.
- Evidencia clínica o confirmación bacteriológica de infección (frente la sospecha de infección de catéter se solicita cultivo de este)
- Obstrucción del catéter
- Evidencia de deslizamiento.

AL RETIRAR EL CATETER

- Informar al paciente del procedimiento
- Retirar con técnica aséptica
- Realizar cultivo del catéter si está indicado
- Realizar hemostasia durante 15 minutos

PROCEDIMIENTO DE RETIRO

- Equipo de curación
- Guantes de procedimiento
- Apósito o gasa estéril
- Tela

TECNICA

- Realizar lavado clínico de manos
- Retirar telas y apósito que cubren el catéter
- Colocarse guantes de procedimiento
- Cortar puntos que fijan el catéter a la piel del paciente
- Traccionar lentamente el catéter, luego retirar y comprimir la zona por 5 minutos
- Cubrir sitio de inserción con gasa estéril
- Realizar lavado clínico de manos
- Registrar procedimiento

MANTENCIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL

Son los cuidados de enfermería proporcionados a un paciente portador de un catéter venoso central.

OBJETIVO:

- Evitar infecciones mediante el manejo del catéter con técnicas asépticas.
- Mantener una vía permeable para la administración de soluciones de osmolaridad y concentración elevadas y/o fármacos indicados.

ALCANCE:

Todos los que participan en el procedimiento.

RESPONSABLE:

- Enfermera.
- Matrona.

PROCEDIMIENTO:

- Realice lavado clínico de manos antes y después del procedimiento
- Preparar equipo necesario
- Verificar Permanentemente la permeabilidad del catéter (mantener el flujo de la solución endovenosa).
- Observar continuamente signos locales o sistémicos de complicación como:
 - ✓ Sangramiento.
 - ✓ Signos de infección
 - ✓ Fracturas o migración del catéter
 - ✓ Desinserción del catéter.
- Mantenga circuito cerrado entre catéter y equipo de perfusión.
- Siempre que se manipule una conexión, ya sea para administrar un medicamento intermitente o para realizar cambio del sistema de infusión, se debe desinfectar

previamente la conexión, frotando con alcohol al 70% por un mínimo de 15 segundos.

- Si el paciente esta conciente, explique a éste el procedimiento y como debe cooperar para evitar acodadura, tracción o quiebre del catéter. (evita accidentes Involuntarios y contaminación de la Zona,).
- Mantenga al personal técnico paramédico actualizado en el procedimiento.
- Cada vez que se realice curación o cambio de aposito se debe consignar nuevamente la fecha de instalación del CVC.
- Efectuar curación en el sitio de punción utilizando técnica aséptica cada 72 hrs. o cuando el sello de la gasa se humedezca, ensucie o despegue.
- Si se requiere efectuar curación, esta debe ser pincelando con solución de suero fisiológico y coloque gasa estéril para su cubierta.
- En el borde de la cubierta se debe indicar fecha , hora y N° de CVC , ademas de la persona responsable de la curación.
- Si el catéter se obstruye se debe dar aviso de inmediato a enfermera y/o Medico responsable (Nunca realizar maniobra de destape).
- El profesional a cargo del paciente debe llevar registro de los dias del CVC. Y de la evolución diaria del cateter (permeabilidad, estado del catéter, curaciones, complicaciones y retiro del CVC).

INDICADOR:

**Nº DE PACIENTES CON MANTENCIÓN DE CATETER VENOSO
CENTRAL SEGÚN NORMA**

**Nº TOTAL DE PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL
OBSERVADO**

x 100

Umbral : 85%

**PAUTA DE SUPERVISION DE MANTENCION
DE CATETER VENOSO CENTRAL**

Servicio:

Fecha:

N°	Observacion	Si	No
1	Realiza lavado clinico de manos		
2	Observa signos de infecci3n del cateter venoso central		
3	Mantiene circuitocerrado entre cat3ter y equipo de perfusi3n.		
4	Realiza curaci3n en el sitio de puncci3n utilizando t3cnica as3ptica cada 72 horas.		
5	Rotula con fecha hora y responsable de la curaci3n.		
6	Registra en hoja de enfermeria.		

OBSERVACION:.....

NORMA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS.

Es la introducción de una solución, fármaco, sangre o sus derivados al torrente sanguíneo a través de una cánula intravenosa en forma segura y eficaz.

Las formas de administración son:

- Vía directa o bolo.
- Goteo o perfusión continúa.
- Sistema intermitente mediante micro goteo.
- Perfusión con bomba infusora.

CONSIDERACIONES:

Previo al procedimiento; Valoración del estado clínico del paciente: estado de las venas, posibles alergias a las drogas, estado de hidratación, grado de conocimiento del paciente del tratamiento a administrar.

Ademas:

MATERIAL ESTERIL:

- Una superficie estéril (riñón, caja o palangana).
- Jeringa (con capacidad acorde al volumen a administrar)
- Agujas.
- Cubierta estéril (en caso de instalar vía).
- Medicamento.

MATERIAL NO ESTERIL:

- Bandeja.
- Depósito con tómulas de algodón.
- Solución antiséptica.
- Ligadura.
- Tela adhesiva.
- Guantes de Procedimientos.

RESPONSABLE:

- Medico
- Enfermera
- Matrona
- Técnico Paramédico Capacitado

PROCEDIMIENTO BÁSICO EN LA ADMINISTRACIÓN DE UN FÁRMACO POR VÍA ENDOVENOSA.

- Reunir equipo necesario.
- Acudir al lado del paciente con la bandeja preparada.
- Identifique al paciente verbalmente o con ficha clínica y verifique la indicación médica, respetando siempre los 5 principios básicos en la administración de un medicamento. (1. Paciente correcto, 2- Medicamento correcto, 3- Dosis correcta, 4-Vía administración correcta, 5-Horario correcto).
- Explique el procedimiento.
- Efectúe lavado clínico de manos.
- Si el paciente no tiene vía venosa disponible, proceda según norma establecida a instalar una vía venosa.

- Si el paciente tiene vía venosa, compruebe su permeabilidad aspirando suavemente e inyecte el medicamento de acuerdo a su identificación (Si el acceso venoso está cubierto, ejemplo por venda y/o inmovilización, previo a administración de cualquier solución, descubrir para verificar ubicación y descartar signos de flebitis y/o extravasación).
- Al finalizar, inyecte 5 ml de solución fisiológica, si está con conector libre de aguja o llave de tres pasos, para mantener la permeabilidad de la vía venosa.
- Si el paciente tiene una perfusión continúa:
 - ✓ Cierre la llave de la bajada, en el caso de tener un conector libre de aguja, limpie el extremo proximal con antiséptico y administre medicamento de acuerdo a indicación, al finalizar conecte bajada de suero al conector libre de aguja y abra la llave y reponga el goteo en la frecuencia continua.
 - ✓ En caso de tener llave tres pasos, cierre perfusión continua y administre medicamento, de acuerdo a indicación. Al finalizar abra la llave tres pasos y reponga el goteo en la frecuencia prescrita.
- Observar reacción del paciente y dejarlo cómodo.
- Realice lavado clínico de manos.
- Registre en formulario de Enfermería hora, día, dosis del medicamento administrado y persona responsable.

Uso de bureta dosificadora exclusiva para terapia endovenosa

- En caso de que la administración del tratamiento se haga a través de bureta dosificadora, se diluirá el medicamento agregándole suero hasta completar mínimo 20 cc. en la bureta.
- La goma de entrada a la bureta se pincelara con tórcula con alcohol al 70% previo a la administración de cada medicamento
- Se conectará a llave de tres pasos previa verificación de permeabilidad del catéter.
- Posterior a la administración del medicamento mantener el circuito limpio y seco.
- Este procedimiento se realizara según los horarios indicados en la administración del medicamento

USO DE LA BURETA DOSIFICADORA PARA TERAPIA E.V ASOCIADA A TERAPIA DE HIDRATACION PARENTERAL

- Se instalará para este efecto otro matraz de suero fisiológico o glucosado al 5% con bureta dosificadora que se conectará a la fleboclisis de hidratación a través de llave de tres pasos con el fin de mantener circuito cerrado estéril.

PREPARACION DE SOLUCIONES

PROCEDIMIENTO:

- Reunir soluciones, jeringa y agujas estériles necesarios, en el área limpia de la clínica de enfermería.
- Realice lavado clínico de manos.
- Preparar los aditivos con técnica aséptica.
- Aplicar antiséptico, alcohol al 70%, al gollete del matraz y cortarlo con tijera limpia y seca, previamente desinfectada.
- Eliminar suero del matraz (solo cuando se requiera colocar algún aditivo).
- Agregar los aditivos o medicamentos a través del gollete, cuidando que la punta de la jeringa toque solo el interior de éste.
- Colocar la bajada de suero o cambiar matraz vacío según corresponda.
- Rotular el matraz con letra clara y visible indicando: tipo y cantidad de aditivo o medicamento.
- Registrar el procedimiento en hoja de enfermería y ticar en hoja de curva (si corresponde)

CONSIDERACIONES:

- El registro se hará directamente en el matraz solo si éste tiene etiqueta de papel, de lo contrario, se debe adherir una etiqueta con la información requerida.

INDICADOR

$$\frac{\text{Nº DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EV SEGÚN NORMA}}{\text{Nº TOTAL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EV OBSERVADA}} \times 100$$

UMBRAL: 85%

PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EV

Evaluador:.....

Estamento:..... fecha:.....

Nº		SI	NO
1	Verifica el nombre del medicamento a administrar .		
2	Antes de administrar el medicamento identifica al paciente.		
3	Verifica alergias del paciente al medicamento. Anamnesis Médica y/o de Enfermería.		
4	Administra la dosis indicada del medicamento.		
5	Utiliza la vía EV .		
6	Administra los medicamentos a la hora indicada.		
7	Registra la administración del medicamento.		

Observaciones:

NUMERO DE PUNTOS OBSERVADOS:_____

NUMERO DE PUNTOS CUMPLIDOS:_____

FIRMA DEL OBSERVADOR

INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL

INTRODUCCION

Es necesario contar con un programas de salud del personal enfocados a pesquisar problemas y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Dentro del programa de salud del personal existen varias estrategias dirigidas a prevenir la exposición a riesgos y patologías asociadas a actividades laborales.

OBJETIVOS

- Prevenir enfermedades laborales y accidentes
- Educar y tomar las medidas para la prevención y manejo de elementos patógenos, químicos y tóxicos
- Llevar a cabo un programa de inmunizaciones.
- Establecer un procedimiento que permita garantizar la inmunización del personal con la vacuna de Influenza y Hepatitis B, u otras de acuerdo a la contingencia y recursos existentes.

RESPONSABILIDAD.

- Enfermera encargada Centro Responsabilidad Atención Ambulatoria
- Enfermera encargada Vacunatorio.

PROCEDIMIENTOS INMUNIZACIONES PARA EL PERSONAL

El Ministerio de Salud provee vacunas a través de programas específicos para el personal más expuesto y son: Antiinfluenza y Anti Hepatitis B. Por otra parte, cuando existe alerta epidemiológica en la comunidad, por un aumento inusual de casos de enfermedades transmisibles, se hace extensivo el programa de inmunizaciones al personal de la salud, como ha sido el caso de rubéola y sarampión los últimos años.

VACUNA ANTIINFLUENZA

La Influenza es una enfermedad viral que se transmite por las secreciones respiratorias de personas infectadas. Se presenta en forma epidémica en períodos invernales y ataca a grupos especialmente susceptibles por deficiente inmunidad del huésped o por exposición frecuente al agente patógeno. Dentro de este último grupo se encuentra el personal sanitario.

- El personal sanitario se encuentra expuesto a adquirir la enfermedad durante la atención de personas afectadas en períodos de epidemias por lo que las campañas de vacunación están dirigidas a minimizar dichas complicaciones.
- El personal del Equipo de Salud vacunado es un referente para la comunidad como ejemplo en medidas de prevención.

Las campañas de vacunación se realizan normalmente a fines del mes de Marzo y las primeras semanas del mes de Abril, para lo cual el Hospital mantendrá comunicación permanente con la SEREMI e informará oportunamente a los funcionarios las fechas, horarios y lugar de vacunación.

ACTIVIDADES.

- a) La coordinación de la vacunación se comienza en las fechas que el MINSAL disponga.
- b) La Enfermera encargada de Vacunatorio solicita nomina actualizada de funcionarios por Servicio a Encargado CR. RRHH.
- c) Recepcionado el listado de funcionarios se comienza con la vacunación del personal, de acuerdo al funcionamiento del Vacunatorio.
- d) Aquellos funcionarios que no deseen ser vacunados firmarán un documento diseñado para este caso.
- e) Al término de la campaña de vacunación la enfermera encargada de Vacunatorio entrega la nomina de funcionarios vacunados como también aquellos que rechazan la vacunación. (Ambos quedan registrados en el formulario establecido quedando una copia en Vacunatorio, Unidad de Salud Ocupacional, y programa IAAS.
- f) La Unidad de Salud ocupacional realiza la evaluación de este proceso y envía resultados a la Dirección, encargados de Centros de Responsabilidad y Jefes de Servicio.

VACUNA ANTIHEPATITIS B

La hepatitis vírica aguda es una enfermedad infecciosa del hígado causada por distintos virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. La transmisión se produce mediante la inoculación de sangre u otros fluidos contaminados. Esta situación de riesgo es permanente en el personal de la salud, quienes están expuestos a sufrir accidentes con artículos contaminados con sangre. La infección de la hepatitis B puede llevar a la cronicidad, con graves consecuencias para la salud, como cirrosis hepática y hepatocarcinoma, por lo que las medidas de prevención a la exposición parenteral con sangre deben ser una prioridad en el personal sanitario.

ACTIVIDADES

- a) La coordinación de la vacunación será anual y permanente.
- b) Cada vez que se contrate a un nuevo funcionario el CR. de RRHH solicita a este el certificado de vacunación de la Hepatitis B.
- c) En el mes de Enero de cada año, la Enfermera encargada de Vacunatorio solicita nomina actualizada de funcionarios en los servicios clínicos que dispone la norma, al encargado de Centro de responsabilidad RRHH quien debe entregarla con un plazo máximo el mes de febrero del mismo año.
- d) Recepcionado el listado de funcionarios se evaluara la cantidad de vacunas a solicitar para comenzar con la vacunación del personal, de acuerdo al funcionamiento del Vacunatorio.
- e) La solicitud de vacunas necesarias se efectuara en coordinación entre USO y Enfermera encargada de vacunatorio.
- f) En forma semestral la Enfermera de Vacunatorio entrega nómina de funcionarios inmunizados en el año calendario. en el formulario establecido quedando una copia en Vacunatorio, USO, y Programa IAAS.
- g) La Unidad de Salud ocupacional realiza la evaluación de este proceso y envía resultados a la Dirección, encargados de Centros de Responsabilidad y Jefes de Servicio.
- h) Aquellos funcionarios que no deseen ser vacunados firmarán un documento diseñado para este caso.
- i) Vacunación; tres dosis (0,2,6 meses).

OTRAS INMUNIZACIONES

En los casos que exista alerta epidemiológica en el país y el Ministerio de Salud disponga la vacunación masiva de grupos específicos que incluyan al personal sanitario, es obligatoria la inmunización de acuerdo a las especificaciones técnicas que correspondan en ese momento.

INDICADORES:

A) INDICADOR VACUNA INFLUENZA:

$$\frac{\text{Nº DE FUNCIONARIOS Y REEMPLAZANTES PERMANENTES A LOS QUE SE LE APLICO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA EN EL PERIODO}}{\text{Nº TOTAL DE FUNCIONARIOS Y REEMPLAZANTES PERMANENTES EN EL PERIODO}} \times 100$$

B) INDICADOR VACUNA HEPATITIS B:

$$\frac{\text{Nº DE FUNCIONARIOS DEFINIDOS EN RIESGO VACUNADOS CONTRA HEPATITIS B EN EL PERIODO}}{\text{Nº TOTAL DE FUNCIONARIOS DEFINIDOS EN RIESGO EN EL PERIODO}} \times 100$$

Umbral: 85 %

CADENA DE FRÍO

INTRODUCCIÓN

La Cadena de Frío es un sistema en que confluyen todas las instancias en que se encuentran las vacunas durante su vida útil, por lo tanto, este es un Manual que contiene elementos de apoyo indispensable para optimizar el transporte, distribución y conservación adecuado de las vacunas a nivel local, con el objeto que éstas conserven todo su poder inmunológico y así producir la protección esperada en la población objetivo.

OBJETIVO GENERAL

Optimizar la conservación, la distribución y transporte de vacunas.

OBJETIVO ESPECIFICO

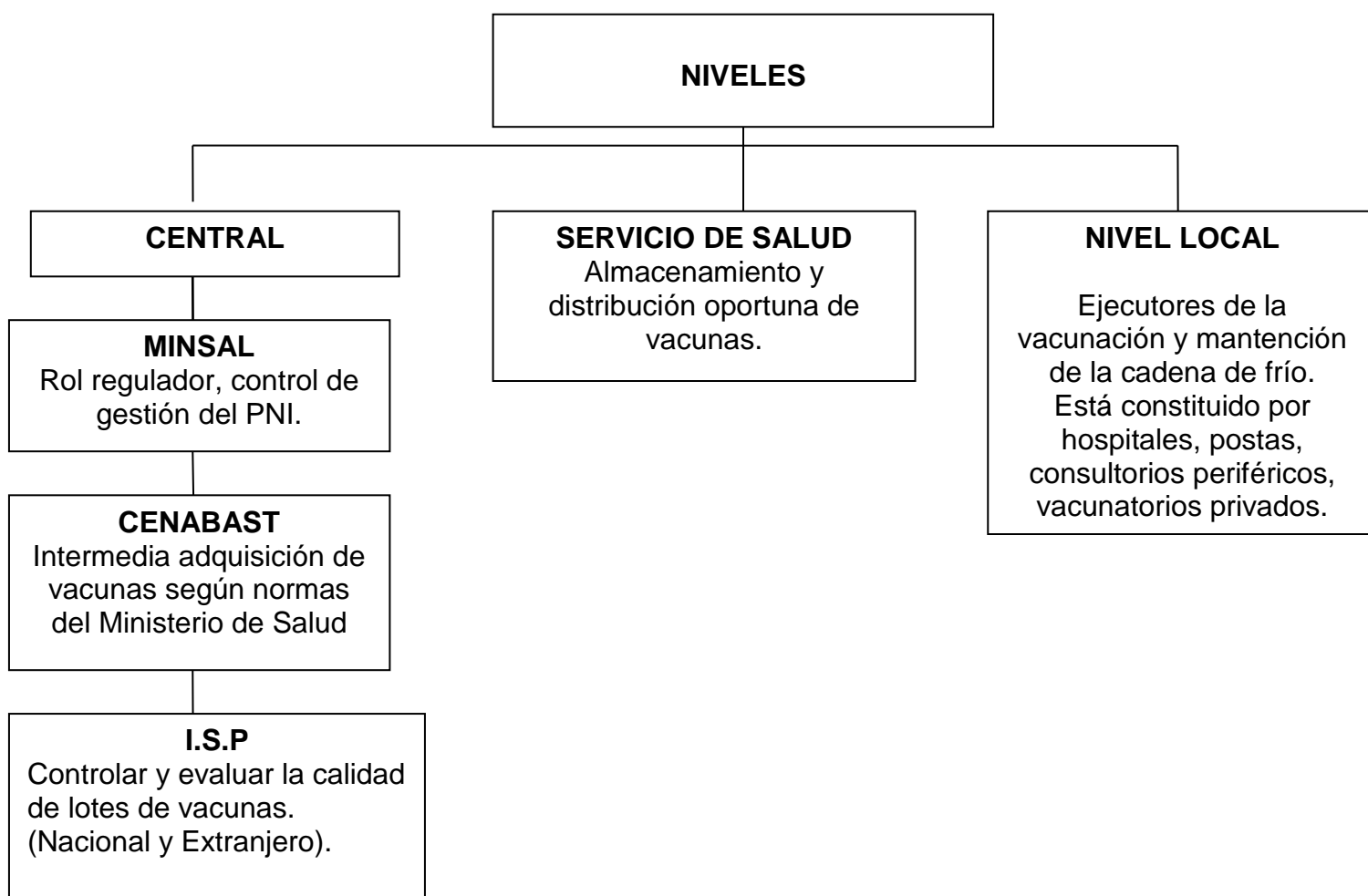
- Disponer de una herramienta de gestión para el personal que labora en el Programa Nacional de Inmunizaciones.
- Unificar criterios técnicos sobre el manejo de la cadena de frío en todos los niveles en que se maneje la vacuna.

RESPONSABLES

- Enfermera
- Técnico Paramédico

CADENA DE FRÍO.

La “**Cadena de Frío**” es el proceso de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas, cuya finalidad es producir el efecto protector en la población objetivo.



**TEMPERATURA Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LAS VACUNAS EN LOS
DIFERENTES NIVELES DE LA CADENA DE FRIO.**

Vacuna	Nivel central (6 meses)	Nivel SEREMI (4 meses)	Nivel local (2 meses)
BCG	+2° C - + 8° C	+2° C +8° C	+2° C + 8° C
Pentavalente	+2° C - + 8° C	+2° C - +8° C	+2° C + 8° C
DPT	+2° C - + 8° C	+2° C - +8° C	+2° C + 8° C
Toxoide DT	+2° C - + 8° C	+2° C - +8° C	+2° C + 8° C
Antirrábica Humana	+2° C - + 8° C	+2° C - +8° C	+2° C + 8° C
Hepatitis B adulto	+2° C - + 8° C	+2° C - +8° C	+2° C + 8° C
Tres virica	-15°C a -25°C	-15°C a -25 ° C	+2° C + 8° C
Polio Oral	-15° C a -25 ° C	-15° C a -25 ° C	+2° C + 8° C

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA CADENA DE FRÍO:

- El Recurso Humano que administra las acciones y manipula la vacuna.
- El Recurso Material para el almacenamiento y la distribución.
- El Recurso financiero para asegurar la operatividad.

“Aunque se cuente con el equipamiento más sofisticado la Cadena de Frío no será efectiva si el recurso humano no manipula la vacuna y el equipo en forma apropiada”

ELEMENTOS DE LA CADENA DE FRÍO:

- Refrigerador
- Cajas de transporte
- Termos
- Termómetros
- Unidades refrigerantes
- Sensores de frascos de vacunas: acompañan a todos los frascos de vacuna excepto las reconstituidas.

REFRIGERADOR

- Refrigerador exclusivo de vacunas.
- Conectado a equipo electrógeno (generador de electricidad que funciona en cortes de luz)
- Ubicado en un lugar fresco a 15 cm de la pared y 40 cm del techo
- Enchufe exclusivo.
- Ubicado sobre una base debidamente nivelada.
- Rotulado con un letrero que especifique “ NO DESENCHUFAR”
- Con cierre hermético
- Con control de temperatura MAX y MIN

PROCEDIMIENTO EN CASO QUE LA T° NO SE ENCUENTRA ENTRE LOS LÍMITES SEÑALADOS.

Si deberá hacer lo siguiente:

- Informar a la enfermera encargada del PNI.
- Verificar conexión al equipo electrógeno.
- Determinar si el refrigerador se ha abierto más veces que la frecuencia normada.
- Regular termostato.
- Comprobar si las puertas cierran herméticamente.
- Comprobar que el refrigerador este bien enchufado
- Asegurarse si tiene botellas de agua dentro del refrigerador en la cantidad adecuada (4 botellas tapadas de medio litro aprox.).
- Esperar 1 hora después de haber observado los puntos anteriores, si no se ha estabilizado la T° llamar a un técnico.

ALMACENAMIENTO DE LAS VACUNAS DENTRO DEL REFRIGERADOR

- En estantes centrales del refrigerador en primera y segunda bandeja.
- En bandejas con fondo y paredes laterales cerradas.
- Cada tipo de vacuna en bandeja individual señalizada.
- Ligeramente separados un frasco de otro. Para permitir circulación de aire frío.
- Jamás colocar vacunas en puertas ni en compartimientos inferiores(la temperatura en la puerta es mayor a 8 °C).
- En la bandeja inferior se deben colocar unidades refrigerantes o botellas plásticas con agua, herméticamente cerradas, para estabilizar y recuperar la temperatura interna más rápidamente al abrir la puerta.

IDENTIFICACIÓN DE REMESA DE VACUNAS DENTRO DEL REFRIGERADOR

**Usar las vacunas
antiguas primero**

Vacuna: _____

Serie: _____

Laboratorio: _____

Fecha de vencimiento: _____

Fecha de recepción: _____

CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR

ASPECTOS GENERALES

- Ubicación del termómetro de máx... y min. en la bandeja central del refrigerador en forma vertical.
- Temperatura máxima lado derecho del termómetro.
- Temperatura mínima lado izquierdo del termómetro.
- Temperatura del momento barra de mercurio.
- La T° debe ser leída y registrada todos los días al inicio y término de la jornada.
- El termómetro de máx. y min. debe tener el mercurio continuo.

PROCEDIMIENTO

- Abrir el refrigerador y sacar rápidamente el termómetro.
- Leer la columna de mercurio para la T° del momento.
- Testigo columna derecha T° máx.
- Testigo columna izquierda T° min.
- Descienda lo testigos hasta quedar en contacto con el mercurio.
- Registrar
- La temperatura del momento de la columna de mercurio debe tener el mismo valor a ambos lados.

USO DE GRAFICO DE REGISTRO DE T°

- Registro diario a través de un punto en la grafica a objeto de formar la curva de T° máx., min. y del momento.
- Ubicación visible de la grafica (puerta del refrigerador).
- La T° máx.. se marca con color rojo.
- La T° min. con color azul.
- La T° del momento con color verde.
- Mensualmente evaluar los rangos de T° alcanzados por los equipos.
- El refrigerador debe mantener la T° dentro de los rangos óptimos todos los días del mes.
- Conservar los registros en archivador.

LIMPIEZA DEL REFRIGERADOR

- Descongele el refrigerador tantas veces como sea necesario (cuando el hielo de las paredes del congelador alcance un grosor de 10 mm)
- Al existir 3 refrigeradores se van limpiando uno a uno, por lo cual las vacunas se van dejando en los refrigeradores que siguen funcionando.
- Desconectar el refrigerador retirar bandejas y todos los elementos, la puerta del freezer y del refrigerador deben quedar abiertas hasta que el hielo se desprenda por si solo
- No utilizar objetos metálicos para desprender el hielo
- Lavar refrigerador y bandeja con jabón neutro y agua.
- Enjuagar bien y secar
- No usar detergente
- Asegurándose de haber limpiado y secado bien el refrigerador colocar el termómetro de máx. y min. en el lugar definido.
- Esperar por lo menos 2 horas sin abrirlo hasta que alcance la temperatura adecuada y posteriormente colocar vacunas como corresponde.
- Antes de recibir la remesa nueva del Servicio de Salud se debe realizar la limpieza, específicamente durante la primera semana de cada mes, los días lunes y martes.

MANEJO Y TRANSPORTE DE VACUNAS

- Los termos y cajas frías utilizadas siempre deben encontrarse cerrados, a la sombra y alejados de toda fuente de calor.
- El termo puede conservar vacunas por **un periodo máximo de 48 horas** y debe ser de uso exclusivo.
- Las vacunas deben transportarse en cajas de cartón rodeadas de unidades refrigerantes en cantidad adecuada y a la T° correcta según norma.

- El aire frío se va al fondo del termo o caja fría por lo que la T° es mas baja allí.
- Por lo anterior al cargar un termo o caja fría se deben guardar las vacunas víricas en el fondo y posteriormente las bacterianas, sobre estas los diluyentes.
- Todo termo o caja fría debe llevar un termómetro de alcohol que sirve para controlar la T° del momento.(sobre 0°C y no mas allá de 8°C).
- Recordar que una vez colocadas las unidades refrigerantes dentro del termo o caja fría, se cierra herméticamente, y se espera entre 15 a 30 min. , hasta lograr T° optima para colocar vacunas.
- Tener Termo limpio, seco y desinfectado: para evitar la formación de hongos que pueden contaminar la vacuna.
- Unidades refrigerantes desde el refrigerador al chorro de agua para eliminar escarcha.
- Secar las unidades refrigerantes y posteriormente colocarlas dentro del termo, rodeando paredes interiores.

CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE DILUYENTES.

- Conservar en lugar fresco.
- Cada uno es específico de cada vacuna.
- No exponer a la luz solar.
- Si hay espacio mantener en refrigeración.
- Si no hay espacio incluirlos en el refrigerador el día anterior al día del uso.

VACUNATORIO LOCAL DEL CONSULTORIO ADOSADO HOSPITAL DE CORONEL.

- El vacunatorio cuenta con 2 refrigeradores domésticos y 1 refrigerador específico de vacunas.
- Cada refrigerador tiene un enchufe exclusivo.
- Todos los refrigeradores tiene señalizado “Uso exclusivo para vacunas”.
- En la parte exterior del refrigerador tiene pegada su grafica de T°.
- Para controlar las T° de los equipos se utilizan los termómetros de máx. y min. con columna de mercurio.
- Termómetros de alcohol para controlar T° del momento en los termos.

TERMOESTABILIDAD DE LAS VACUNAS.

Las diferentes vacunas tienen distinta tolerancia a la temperatura

VACUNAS ATENUADAS:

Tres vírica:

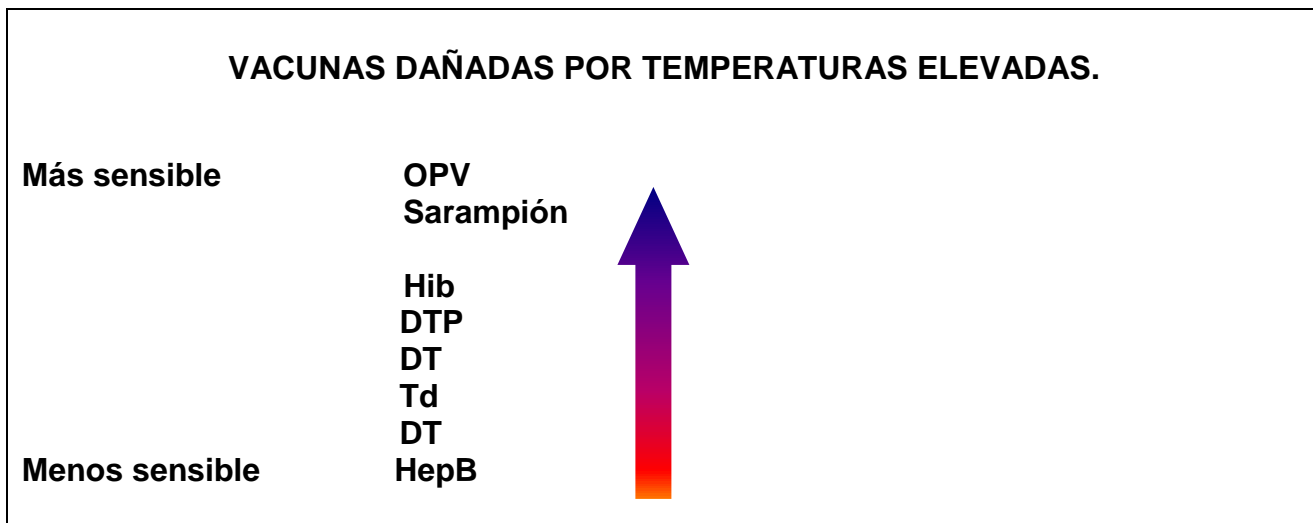
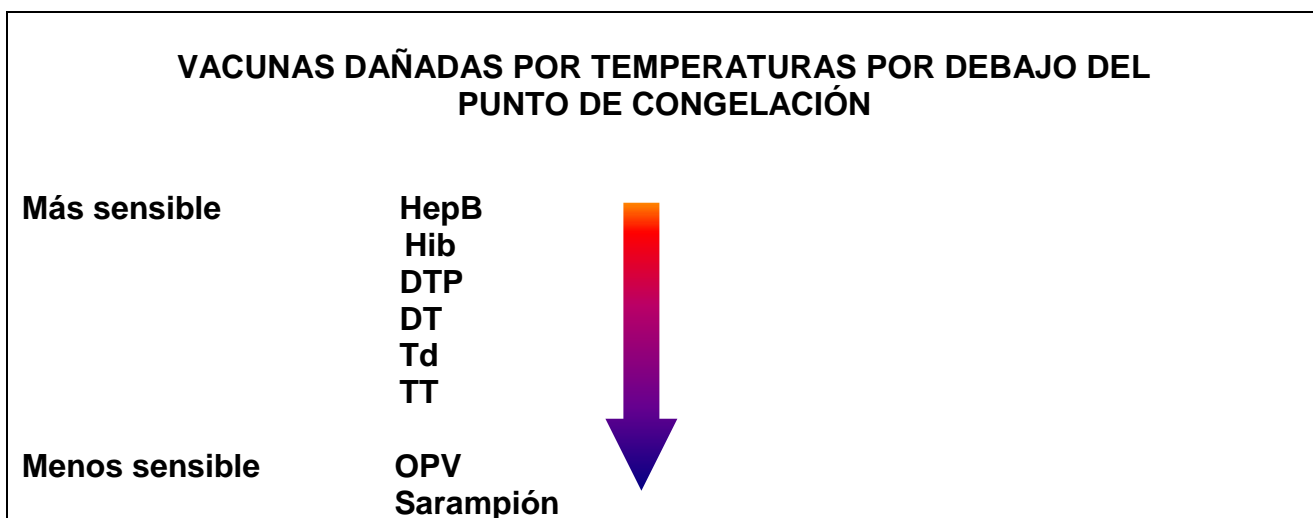
- Pierde potencia rápidamente.
- Una vez reconstituida debe permanecer protegida de la luz.
- Se debe administrar antes de 6 horas.

Antipoliomielítica:

- Pierde potencia rápidamente cuando se expone a T° ambiente y a la luz
- Una vez utilizada debe volver a la cadena de frío inmediatamente.
- Puede volver a congelarse cuantas veces sea necesario.
- Una vez abierto el frasco debe ser eliminado en un plazo máximo de 4 semanas.
- Si por algún accidente se quiebra la cadena de frío, debe eliminarse

VACUNAS INACTIVADAS Y VACUNAS COMBINADAS.

- El aluminio se usa como potenciador para producir la inmunidad protectora.
- Una vez reconstituida la vacuna, agitar el frasco, para evitar reacciones no deseadas.
- No se deben congelar.
- Tolera periodos cortos de tiempo con temperatura superior a 8 °C



PROCEDIMIENTOS EN CASO DE CORTE DE ENERGÍA.

Todo Vacunatorio debe estar conectado al equipo electrógeno del establecimiento, en caso contrario debe tener claro lo siguiente:

- Avisar a la enfermera encargada del PNI del consultorio
- No abrir los refrigeradores
- Sellar con tela adhesiva la puerta del refrigerador, lo que permite mantener **Tº optimas por 3 horas.**
- Conocer Plan de emergencia de traslado de vacunas dependiendo de la duración del corte. Si hay equipo electrógeno se funciona la atención continúa si alteración, si no es así comunicarse con servicio de salud correspondiente para trasladar la vacuna a otro lugar donde pueda permanecer en cadena de frío.
- Una vez recuperada la luz, no abrir el refrigerador hasta que haya transcurrido por lo menos 1 hora. Luego controlar temperatura de los equipos y si están marcando las temperaturas óptimos, recién entonces se pueden volver a colocar las vacunas en los equipos.

INDICADOR:

Nº DE MANEJO DE CADENA DE FRIO SEGÚN NORMA

Nº TOTAL DE MANEJO DE CADENA DE FRIO OBSERVADO

x 100

Umbral: 85%

VIAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

INTRODUCCIÓN:

En conjunto con la elección de la terapia farmacológica más adecuada a emplear en la patología prevalente en un paciente dado, el profesional tiene la posibilidad de elegir la vía de administración del fármaco prescrito dependiendo del paciente y la patología, la urgencia del tratamiento, las características físico-químicas del fármaco y de su preparado farmacéutico y a las características fisiológicas propias de la vía a utilizar para la administración del medicamento.

La administración eficaz y segura de los medicamentos, es una importante responsabilidad de enfermería. Se debe manejar una buena técnica al realizar el procedimiento y distinguir las reacciones adversas que se puedan presentar utilizando las distintas vías de administración.

OBJETIVO:

Unificar criterios para la atención de enfermería con respecto a la utilización segura de vías de administración de medicamentos, utilizadas en nuestro establecimiento.

ALCANCE:

Todo el personal que por ejercicio de su función esté relacionado con administración de medicamentos.

RESPONSABILIDAD:

- Medico
- Odontólogo
- Enfermera
- Matrona
- Kinesiólogo
- TENS

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS:

Siempre que se administre un medicamento, se debe respetar las reglas de administración seguras conocida como los 6 exactos:

- 1.- Paciente exacto.
- 2.- Medicamento exacto.
- 3.- Vía de administración exacta.
- 4.- Dosis exacta
- 5.- Horario de administración exacto
- 6.- Registro exacto y legible.

METODO:

PROCEDIMIENTO BASICO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

- Verifique los 6 principios exactos.
- Lavado Clínico de manos.
- Se prepara el medicamento (fraccionar, reconstituir, diluir).
- Acuda a la unidad del paciente.
- Informe al paciente el procedimiento y corrobore su estado.
- Posicione al paciente y realice el procedimiento.
- Se observa reacción clínica del paciente
- Se registra el nombre del fármaco, hora, vía, dosis y persona que lo administra.
- Se devuelve el equipo usado a la clínica se lava, se seca y se guarda.
- Registro.

DESCRIPCION DE LAS VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Las vías de administración de fármacos pueden ser clasificadas en 4 grandes grupos, de acuerdo al lugar que se emplea como depósito del fármaco:

ENTERAL

- Oral
- Sublingual
- Rectal

PARENTERAL

- Subcutánea
- Intramuscular
- Intravascular
- Intradérmica
- Intratecal
- Epidural
- Intraventricular
- Intraarterial
- Intraperitoneal

INHALATORIA: del Tracto Respiratorio

TOPICA:

- Rectal
- Vaginal
- Otica
- Respiratoria
- Dérmica
- Ocular

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA ENTERAL.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL:

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado.
- Se Dosificara de acuerdo a la prescripción.
- El personal de enfermería debe presenciar la ingestión del medicamento por parte del paciente.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL:

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado.
- Se Dosificara de acuerdo a la prescripción.
- Se coloca el medicamento indicado bajo la lengua, para su absorción. Si es cápsula se pincha y presiona para extraer su contenido. Si es comprimido vigile que no se trague.
- El personal de enfermería debe presenciar la administración del medicamento y permanecer junto al paciente hasta verificar su absorción durante 3 minutos.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA RECTAL

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado.
- Si es necesario, se fracciona la forma farmacéutica (supositorio, comprimido, enema, pomada) frente al paciente, al momento de su administración.
- Se debe mantener la privacidad del paciente
- Posicione al paciente de cubito lateral.

SUPOSITORIOS:

- Con una mano separe glúteos y con la otra introduzca el supositorio con la punta cónica hacia delante en dirección al ombligo (5 cm aprox., hasta sobrepasar el esfínter anal interno).
- Mantenga los glúteos apretados o presione el ano con una torula hasta que ceda la urgencia de defecar.
- Se solicita al paciente que retenga el supositorio por 20 min.

POMADA RECTAL:

- Se Introduce el aplicador en dirección al ombligo (7 cm).
- Se presiona lentamente el tubo.
- Se retira suavemente el dispositivo y con una torula retire el exceso de pomada del ano.

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA PARENTERAL

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRADERMICA.

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado
- Se elige la zona de punción (de preferencia cara anterior del antebrazo y región subescapular).
- Se acomoda al paciente según la zona a puncionar.
- Se lava el brazo ante muestras evidentes de suciedad.
- Se prepara la piel con antiséptico (alcohol 70%).
- Se toma la jeringa, se tracciona la piel y se punciona con el bisel de la aguja hacia arriba en un ángulo de 15°, paralelo al brazo.
- Se avanza con la aguja bajo la epidermis de manera que se vea a través de la piel. Deténgase a unos 3mm desde el punto de inserción.
- Se inyecta la dosis exacta para formar una pápula.
- Se retira suavemente la aguja
- Se seca con una tórula de algodón alrededor del punto de punción, sin presionar la pápula.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÁNEA.

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado.
- Se acomoda al paciente según la zona a puncionar.
- Se lava el brazo ante muestras evidentes de suciedad.
- Se prepara la piel con antiséptico (alcohol 70%).

- Las zonas de punción pueden ser:
 - ❖ Cara externa de glúteos.
 - ❖ Cara externa de brazos.
 - ❖ Parte inferior del abdomen.
 - ❖ Zona peri umbilical
- En el sitio elegido haga un pliegue con la piel y tejido subcutáneo e inserte la aguja en un ángulo de 45 a 90°, según el largo de la aguja y volumen del tejido graso.
- Se suelta el tejido y se tracciona el embolo de la jeringa para asegurar que no refluye sangre (a excepción en la administración de heparina. Se administra lentamente la solución.
- Se retira la aguja con movimiento rápido y se presiona suavemente con una torula seca.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

- Se acude al paciente indicado, con el equipo preparado.
- Se realiza el procedimiento básico en la administración de un fármaco.
- Se acude con el fármaco en su envase original sellado.
- Se acomoda al paciente según la zona a puncionar.
- Se lava el brazo ante muestras evidentes de suciedad.
- Se prepara la piel con antiséptico (alcohol 70%) en un área de 5 cm de diámetro desde el centro a la periferia, con movimientos centrífugos.
- Las zonas para la administración intramuscular son:
 - ❖ Área ventroglútea (sobre cresta iliaca)
 - ❖ Área dorso glútea (cuadrante supero externo de las nalgas).
 - ❖ Área recto femoral (medio recto y medio anterior del muslo).
 - ❖ Área deltoidea (zona superior del brazo).

Con una mano estire la piel en la zona elegida. Inserte la aguja en 90° con un movimiento rápido y suave.

Se aspira para asegurar que no puncionó un vaso sanguíneo. Si es así, retire la aguja y reinicie la técnica.

Se administra lentamente la solución manteniendo la aguja inmóvil.

Se retira la aguja con movimiento rápido y se presiona con una torula seca.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA.

Referirse a guía de mantención de catéter, donde se explica en detalle el procedimiento para la punción venosa.

- Si la administración es indicada en **bolo** esta puede realizarse por una vía a permanencia ya instalada o por punción venosa directa con jeringa, siempre respetando la dosis, dilución y tiempo indicado.
- Si la administración es indicada en una **fleboclisis** siempre es recomendable el uso de una bomba de infusión continua (BIC). Debido a la insuficiente cantidad de BIC, el profesional que indica debe optar por aquellas infusiones que serán reguladas manualmente a través de las bajadas de suero.

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA INHALATORIA.

USO DE INHALADOR CON AEROCAMARA:

- Se introduce la boquilla del inhalador en el extremo distal de la aerocámara.
- Se coloca y ajusta la mascarilla de la aerocámara en la nariz y boca del pte.
- Se presiona con firmeza el frasco contra la boquilla para dejar pasar una dosis del medicamento a la aerocámara.

- Se pide al paciente que respire normalmente 5 a 10 veces con la mascarilla de la aerocámara puesta.
- Se retira la mascarilla.
- Si se debe repetir la inhalación esperar 5 a 10 minutos.

USO DE NEBULIZADOR:

- Se prepara el medicamento diluyendo de acuerdo a la indicación.
- Se introduce el medicamento diluido en el nebulizador estéril (de uso individual).
- Se conecta el nebulizador a la red de oxígeno.
- Se coloca al paciente la mascarilla del nebulizador cubriendo la nariz y la boca y se pide que respire normalmente mientras dure la nebulización (aprox. 10 min.)
- Si se dispone de boquilla, se pide al paciente que ajuste los labios sobre ella y que respire por la boca.

INSTILACIÓN NASAL:

- Se coloca al paciente en decúbito dorsal con el cuello en hiperextensión.
- Se instila en cada fosa nasal las gotas indicadas del medicamento, dirigiendo la punta del cuentagotas hacia el cornete superior.
- Se pide al paciente que respire por la boca para evitar que estornude, manteniéndole la cabeza hacia atrás al menos por 5 min.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VIA TOPICA.

VIA RECTAL.

Anteriormente descritas.

VIA VAGINAL.

- Se debe mantener la privacidad de la paciente con los recursos que su servicio ofrezca.
- Se coloca a la paciente en posición ginecológica (debe haber orinado previamente) y se le realizara un aseo genital.
- Si es óvulo, se separan los labios mayores y se introduce suavemente por la pared posterior de la vagina 4 a 6 cm.
- Si es pomada o solución con aplicador, se introduce suavemente el aplicador unos 5 cm. en dirección al sacro, presionando hacia el interior la solución, luego retire.
- Se pide a la paciente que permanezca en posición horizontal por 15 min.

VIA OTICA.

- Se coloca al paciente sentado o acostado con el oído a instilar hacia arriba.
- Se toma el pabellón auditivo externo, traccinarlo suavemente hacia arriba, atrás y fuera.
- Se limpia el conducto auditivo externo con Torulas de algodón seco.
- Con el gotario en forma horizontal instile el número de gotas indicadas, manteniendo la cabeza fija.
- Se secan las gotas mal instiladas y se indica al paciente que permanezca acostado con el oído hacia arriba por 10 min.
- Si se deben tratar los 2 oídos, esperar la absorción del primero.

VIA DERMICA

- Se coloca al paciente en una posición cómoda que deje al descubierto la zona a tratar.
- Examine cuidadosamente el estado de la piel. Se debe lavar las áreas afectadas para así retirar microorganismos y residuos de aplicaciones anteriores.
- Se seca la piel y con guantes aplique el agente tópico.
- Si es la primera vez que usa esta vía, tenga especial cuidado en la observación de zonas alergenizadas.

VIA OCULAR

- Se pide al paciente que adopte la posición supina con el cuello en leve hiperextensión.
- Si hay costras o secreciones a lo largo de los bordes del párpado o el canto interno, se limpian con suero fisiológico por arrastre pero con suavidad, manteniendo siempre la dirección desde el canto interno hacia el externo.
- Se apoya una gasa o algodón por debajo del párpado inferior y se presiona con suavidad hacia abajo con el pulgar o el índice contra la órbita ósea.
- Pídale al paciente que mire hacia el techo.
- Si es una solución de **gotas oftálmicas**: con la mano libre descansada sobre la frente del paciente instile la cantidad indicada de gotas a una distancia de 1 a 2 cm. por encima del saco conjuntival, repitiéndolo si falla y pierde la dosis administrada.

- Si es una solución en **pomada oftálmica**: mientras se sostiene el aplicador por encima del borde del párpado, se aplica una delgada fracción de ungüento a lo largo del borde interno del párpado inferior sobre la conjuntiva. Luego pídale al paciente que mire hacia abajo y repita el procedimiento en el borde superior. Posteriormente se pide al paciente que cierre el ojo y se frota el párpado suavemente a modo circular con la ayuda de un algodón.
- Se debe retirar el medicamento sobrante con un algodón húmedo, siempre respetando la dirección.

CUADRO COMPARATIVO PARA LA ELECCION DE LA VIA DE ADMINISTRACION DE UN MEDICAMENTO.

VIA	ABSORCION	VENTAJAS DE USO CLINICO	LIMITACIONES	CONSIDERACIONES GENERALES
ORAL	Variable, depende de factores como: forma farmacéutica, propiedades fisicoquímicas del fármaco, propiedades físicas y patológicas del paciente.	Es la vía más utilizada y segura	Dificultad de deglución.	-Seguir estrictamente el horario de administración. -Tener presente la influencia de los alimentos en la absorción del medicamento. -Comprimidos recubiertos o de liberación prolongada no se pueden fraccionar
EV	Inmediata, pasa directamente al torrente sanguíneo.	-Gran utilidad en emergencias. - Permite administrar grandes volúmenes y controlar niveles sanguíneos. -Útil en pacientes con problemas de deglución o con vómitos.	-Aparición de RAM Inmediata y menor tiempo de manejo -Requiere de una persona capacitada para la administración del medicamento -Que el paciente no cuente con vías de administración disponibles. - Imposibilidad de extraer lo administrado - riesgo de infección por pirógenos Riesgos de hemólisis y embolias.	-Seleccionar cuidadosamente el punto de punción. -Establecer un plan de rotación de los puntos de punción en tratamientos continuos para evitar necrosis.
IM	Rápida	-Para administrar volúmenes moderados. -Útil en pacientes con problemas de deglución o con vómitos. - Útil para formas farmacéuticas de depósito	-Fármacos irritantes provocan dolor. -Sustancias de pH extremos producen lesión.	-Aspirar siempre para comprobar que la aguja no ha perforado un vaso.
RECTAL	Rápida .Las sustancias absorbidas en el recto no pasan a través del hígado para llegar a la circulación general.	-Útil para administrar fármacos que se inactivan en el hígado. -Evita irritación gástrica. - Útil en pacientes con problemas de deglución o con vómitos.	-Limitaciones del paciente(hemorroides) - No administrar en cuadros diarreicos. - Absorción irregular	-Se debe procurar retener la forma farmacéutica. - Los supositorios se deben fraccionar longitudinalmente. - No se debe lubricar ni la forma farmacéutica, ni la zona de administración.

TOPICA	Escasa absorción.	-Uso vía dérmica, oftálmica, ótica y nasal. -De elección cuando se busca un efecto local sobre la piel y mucosas.	- Piel y mucosas irritada, erosionada y/o infectadas.	-Se deben extremar las precauciones de higiene para evitar la contaminación. -No administrar polvos sobre exudados para evitar la formación de costras y sobre infección.
INHALATORIA	Absorción rápida en pulmón. De intercambio rápido por la gran superficie vascularizada pulmonar pasando de inmediato a la circulación sanguínea.	-Efecto rápido para cuadros obstructivos respiratorios -De elección para nebulizaciones	-Irritación mucosa -De efectos colaterales de aparición rápida. -Errores en la dosificación y en la administración	-Agitar bien el aerosol antes de usar -Retener el aire inspirando unos segundos. -Uso de aerocámaras cuando amerite
SUBLINGUAL	Absorción rápida y directa desde la cavidad bucal. El fármaco pasa directamente a la circulación sanguínea.	-Útil en la administración de fármacos inestables al pH gástrico. - Útil en emergencias cardiovasculares.	-Fármacos irritantes. -Fármacos de alto peso molecular (insulina)	-Cuidar dosificación - Fraccionar la fórmula farmacéutica cuando lo amerite. - No deglutir.

PAUTA DE SUPERVISIÓN
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTANEA

Nombre :

Observador:

Fecha :

	Procedimiento	SI	NO
1	Verifica los 5 Exactos		
2	Reúne el material a utilizar		
3	Realiza lavado clínico de manos		
4	Prepara el medicamento con técnica aséptica		
5	Informa al paciente el procedimiento y lo acomoda		
6	Limpia la piel con antisépticos excepto vacunas, con torula seca		
7	Realiza un pliegue con la piel y tejido subcutáneo y Punciona en ángulo de 45°		
8	Elimina material corto punzante		
9	Realiza Lavado de manos		
10	Registra procedimiento		

Observaciones:

.....

.....

.....

**PAUTA DE SUPERVISIÓN
DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR**

Nombre :

Observador:

Fecha :

	Procedimiento	SI	NO
1	Verifica los 5 Exactos		
2	Reúne el material a utilizar		
3	Realiza lavado clínico de manos		
4	Prepara el medicamento con técnica aséptica		
5	Informa al paciente el procedimiento y lo acomoda		
6	Limpia la piel con antisépticos excepto vacunas, con torula seca		
7	Punciona en ángulo de 90°		
8	Elimina material corto punzante		
9	Realiza Lavado de manos		
10	Registra procedimiento		

Observaciones:

.....

.....

.....

**REGISTRÓ DE TOMA DE CONOCIMIENTO
MANUAL DE ENFERMERIA**

Se me ha informado y por lo tanto:

1. Tengo conocimiento que existe Manual de Enfermería
2. He leído y conozco dicho Manual.

PROFESIONAL	CARGO	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE MODIFICACIONES
MANUAL DE ENFERMERIA**

Modificación.	Fecha	Descripción de Modificación	N° de documento