



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Centros de Salud Comuna Peñalolén

Revisión 2010 Comité Comunal de Calidad

EU Bernardita Orellana

EU Carolina Torres

EU Carol Zuñiga

EU Elizabeth Isla

EU Naifer Jaramillo

EU Patricia Herrero

EU Sofía Gómez

EU Valery Urtubia

## INDICE.

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PAGINA</b>
Presentación del manual	4
Objetivos	5
1 Estructura de la sala de procedimientos	6
2 Estructura de la sala de procedimientos de urgencia	10
3 Técnicas Básicas	15
3.1 Control la temperatura corporal	16
3.2 Control de la actividad respiratoria	17
3.3 Control del pulso arterial periférico	19
3.4 Control de presión arterial	20
3.5 Administración de medicamentos vía oral/ sublingual	22
3.6 Administración de medicamentos vía oftálmica	23
3.7 Administración medicamentos vía otica	25
3.8 Administración de medicamentos vía nasal	27
3.9 Administración de medicamentos vía vaginal	28
3.10 Administración medicamentos vía rectal	29
3.11 Inyección intradérmica	30
3.12 Inyección subcutánea	32
3.13 Infusión subcutanea	34
3.14 Inyección intramuscular	37
3.15 Técnica inyección intramuscular en solución	39
3.16 Inyección intravenosa	40
3.17 Flebocclisis intravenosa	42
3.18 Inyección insulina	45
3.19 Instalación de sonda nasogástrica	49
3.20 Lavado gástrico	50
3.21 Aseo genital	51
3.22 Instalación de sonda folley	53
3.23 Retiro de sonda folley	56
3.24 Curación simple	57

3.25	Curación compleja	59
3.26	Curación de quemaduras	61
3.27	Curación avanzada de pie diabético	63
3.28	Sutura	65
3.29	Retiro de puntos	68
3.30	Inmovilización	69
3.31	Oxigenoterapia	74
3.32	Nebulizaciones	75
3.33	Aerosolterapia	76
3.34	Aspiración de secreciones	77
3.35	Electrocardiograma por telemedicina	79
3.36	Instalación y retiro de holter de presión arterial (mapa)	81
3.37	Hemoglucotest	83
3.38	Combur test	84
4	Normas Técnicas de Procedimientos Universales	85
4.1	Lavado de manos	86
4.2	Colocación de guantes estériles.	87
4.3	Colocación de mascarilla.	89
4.4	Colocación de delantal	91
4.5	Precauciones universales con sangre y fluidos corporales.	92

## **PRESENTACIÓN DEL MANUAL.**

El presente manual de normas técnico – administrativas y de procedimientos se ha elaborado en el marco del mejoramiento de la calidad de la atención usuaria.

Está destinado a todo el personal de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Peñalolén que realizan y de procedimientos de enfermería.

El manual contiene: normas de procedimientos específicos de enfermería y normas técnico administrativas de procedimientos.

Esta diseñado en sistema de archivo, que permite la actualización permanente de los contenidos como también la incorporación de nuevos temas.

## **PROPÓSITO DEL MANUAL:**

Contribuir a mejorar la calidad de la atención proporcionada por el personal de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Peñalolén.

## **OBJETIVOS DEL MANUAL:**

1. Unificar criterios técnicos y de procedimientos aplicados por el personal del nivel primario de atención.
2. Contar con un texto de consulta permanente y de apoyo a las actividades que debe realizar el personal del nivel primario de atención.
3. Normar procedimientos de atención de Enfermería que se ejecutan en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Peñalolén.

## **1. ESTRUCTURA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS.**

### **1.1. DEFINICIÓN:**

Dependencia del establecimiento asistencial, destinada a la ejecución de diversas técnicas y procedimientos de enfermería, a aquellas personas que lo requieran ya sea por consulta espontánea o derivado por algún profesional del equipo de salud.

### **1.2. PLANTA FISICA:**

Esta dependencia es de fácil acceso y buena circulación, posee una buena iluminación artificial, con existencia de lavamanos y jabón, con una distribución clara de área limpia y sucia.

### **1.3. MAQUINARIA Y EQUIPO:**

- 1 Escritorio.
- 1 Silla.
- 2 Camillas.
- 2 Escabeles.
- 1 Papelero.
- 1 Deposito de cartón para eliminar material cortopunzante.
- 1 Deposito para el material sucio.
- 1 Mueble para guardar material estéril, material inyectable desechable, guantes, bajadas de suero, apósitos chicos y grandes, algodón, gasa, povidona yodada, alcohol y vaselina. Todo el material está debidamente rotulado.
- 1 Mueble para guardar medicamentos y sueros.
- 1 Mesas de procedimientos con ruedas.
- 1 Torulero

#### **1.4. PRESTACIONES:**

- Toma y recepción de Muestras para exámenes de laboratorio: Incluye sangre, orina, esputo y deposiciones
- Toma de Exámenes por micro método
- Curaciones Simples y Complejas
- Manejo avanzado de heridas
- Inyectables Intramusculares y subcutáneos
- Tratamiento y vigilancia TBC
- Electrocardiogramas
- Instalación de Holter de Presión Arterial
- Sondeos vesicales e instalación de Sonda Foley
- Control de signos vitales
- Extracción de puntos
- Aseo Ocular

#### **1.5. PERSONAL:**

- 1 Enfermera Supervisora.
- 2 Técnicos paramédicos.
- 1 Auxiliar de servicios menores.

## **1.5. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:**

**1.5.1. Título del cargo:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Relación de dependencia:** Director del Centro de Salud.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Ubicación:** Centros de Salud, Peñalolén.

### **Obligaciones y responsabilidades:**

- Coordinar y supervisar las actividades de los Técnicos paramédicos en la unidad de procedimientos.
- Realizar procedimientos invasivos que son de responsabilidad exclusiva de Enfermera.
- Velar por el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en la unidad.
- Capacitación del personal de la sala de procedimientos.

### **Funciones específicas:**

- Supervisar cumplimiento de horarios y permanencia en el lugar de trabajo.
- Supervisar al personal a cargo de las actividades y procedimientos delegados.
- Controlar el debido uso de equipos e insumos, informando oportunamente sobre deterioros y falencias.
- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas referentes a procedimientos que allí se realizan.
- Coordinar con laboratorio aspectos técnicos y administrativos de la toma de exámenes.
- Realizar acciones tendientes a obtener registros y estadísticas pertinentes a sala de procedimientos.
- Ejecutar vigilancia epidemiológica, rescate y tratamiento de contactos, según el caso.
- Capacitar constantemente al personal, en normas y procedimientos vigentes.

- Procurar la existencia de un clima laboral adecuado en el área, manteniendo buenas relaciones interpersonales.
- Cooperar en la satisfacción de la necesidad usuaria.

**1.5.2. Título del cargo:** Técnico paramédico.

**Relación de dependencia:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Ubicación:** Unidad de procedimientos de Centros de Salud.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Obligaciones y responsabilidades:**

- Preparación de box.
- Recepcionar indicaciones de procedimientos.
- Administración de tratamientos y realización de procedimientos según prestaciones de la sala.
- Registrar todos los procedimientos realizados y mantenerlos ordenados.
- Mantener aseo y orden del box.
- Mantener stock de materiales e insumos, informando a la enfermera el déficit, para su reposición.
- Informar cualquier anormalidad de su labor a la Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**1.5.3. Título del cargo:** Auxiliar de servicio

**Relación de dependencia:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Ubicación:** Centros de Salud, Peñalolén.

**Obligaciones y responsabilidades:**

- Aseo de box diario y según necesidad.
- Aseo terminal cada 7 días.
- Extracción de residuos originados en la sala de procedimientos.
- Informar cualquier anormalidad de su labor a la encargada.

## **1.6. OBJETIVO DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS:**

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

## **1.7. HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO:**

Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00horas.

Viernes de 8:00 a 16:00horas.

## **2. ESTRUCTURA DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA.**

### **2.1. DEFINICIÓN:**

Dependencia del establecimiento asistencial, destinada a la ejecución de diversas técnicas y procedimientos de enfermería, a aquellas personas que lo requieran ya sea por consultas con criterio de urgencia espontáneas o derivados por algún profesional del equipo de salud.

### **2.2. PLANTA FISICA:**

Esta dependencia es de fácil acceso y buena circulación, posee una buena iluminación artificial, con existencia de lavamanos y jabón, con una distribución clara de área limpia y sucia.

### **2.3. MAQUINARIA Y EQUIPO:**

- 1 Escritorio.
- 1 Silla.
- 1Camilla.
- 1 Escabel.
- 1 Papelero.
- 1 Deposito de cartón para eliminar material cortopunzante.
- 1 Deposito para el material sucio.

- 1 Mueble para guardar material estéril, material inyectable desechable, guantes, bajadas de suero, apósitos chicos y grandes, algodón, gasa, povidona yodada, alcohol y vaselina. Todo el material está debidamente rotulado.
- 1 Mueble para guardar medicamentos y sueros.
- 1 Carro de Paro, que contiene medicamentos e insumos según normativa, un monitor desfibrilador, un ambu pediátrico y uno de adulto, un laringoscopio con sus respectivas hojas.
- 1 Bomba de aspiración.
- 1 Oxímetro de pulso.
- 2 Redes de oxígeno.
- 1 Mesa de procedimientos con ruedas.

#### **2.4. PRESTACIONES:**

- Atención Médica general de Urgencia
- Toma de Exámenes de screening por micro método (Comburtest, Hemogluco-test)
- Curaciones Simples y Complejas
- Sutura de heridas cortantes y contusas (1 y 2 planos)
- Afrontamiento de heridas
- Inyectables Endovenosos, Intramusculares y subcutáneos
- Administración de Fleboclisis
- Electrocardiogramas y Monitoreo cardiaco
- Control y Monitoreo de signos vitales
- Saturometría
- Sondeos vesicales e instalación de Sonda Foley
- Sondeos Gástricos e instalación de Sonda Naso gástrica
- Aseo Ocular
- Taponamiento nasal
- Inmovilización de extremidades, férulas, instalación colleres cervicales
- Oxigenoterapia, Nebulizaciones, Aerosolterapia

- Administración de vacunas antitetánica y antirrábica
- Aspiración de secreciones
- Trombolisis
- RCP básico
- RCP avanzado
- Manejo antitérmico
- Observación de pacientes
- Extracción de cuerpo extraño

## **2.5. PERSONAL:**

- 1 Enfermera Jefe Unidad de Apoyo.
- 2 Técnicos paramédicos.
- 1 Auxiliar de servicios menores.
- 1 Medico

## **2.6. DESCRIPCIÓN DEL CARGO:**

**2.6.1. Título del cargo:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Relación de dependencia:** Director del Centro de Salud.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Ubicación:** Centros de Salud, Peñalolén.

### **Obligaciones y responsabilidades:**

- Coordinar y supervisar las actividades de los Técnicos paramédicos en la unidad de procedimientos de urgencia.
- Realizar procedimientos invasivos que son de responsabilidad exclusiva de Enfermera.
- Velar por el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en la unidad.
- Capacitación del personal de la sala de procedimientos.

**Funciones específicas:**

- Supervisar cumplimientos de horarios y permanencia en el lugar de trabajo.
- Supervisar al personal a cargo de las actividades y procedimientos delegados.
- Controlar el debido uso de equipos e insumos, informando oportunamente sobre deterioros y falencias.
- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas referentes a procedimientos que allí se realizan.
- Realizar acciones tendientes a obtener registros y estadísticas pertinentes a sala de procedimientos.
- Capacitar constantemente al personal, en normas y procedimientos vigentes.
- Procurar la existencia de un clima laboral adecuado en el área, manteniendo buenas relaciones interpersonales.
- Cooperar en la satisfacción de la necesidad usuaria.

**2.6.2. Título del cargo:** Técnico paramédico.

**Relación de dependencia:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Ubicación:** Unidad de procedimientos de Centros de Salud.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Obligaciones y responsabilidades:**

- Preparación de box.
- Recepcionar indicaciones de procedimientos.
- Administración de tratamientos y realización de procedimientos según prestaciones de la sala.
- Registrar todos los procedimientos realizados y mantenerlos ordenados.
- Mantener aseo y orden del box.
- Mantener stock de materiales e insumos, informando a la enfermera el déficit, para su reposición.

- Informar cualquier anomalía de su labor a la Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**2.6.3. Título del cargo:** Auxiliar de servicio

**Relación de dependencia:** Enfermera Jefe Unidades de Apoyo.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Ubicación:** Centros de Salud, Peñalolén.

**Obligaciones y responsabilidades:**

- Aseo de box diario y según necesidad.
- Aseo terminal cada 7 días.
- Extracción de residuos originados en la sala de procedimientos.
- Informar cualquier anomalía de su labor a la encargada.

**2.6.4. Título del cargo:** Médico.

**Relación de dependencia:** Director del CESFAM

**Ubicación:** Centros de Salud, Peñalolén.

**Horario de trabajo:** 44 horas semanales.

**Obligaciones y responsabilidades:**

- Realización de procedimientos propios de su preparación profesional.
- Supervisar al personal a cargo de las actividades y procedimientos delegados, en ausencia de Enfermera Jefe de Unidades de apoyo.

**2.7. OBJETIVO DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS:**

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

**2.8. HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO:**

Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00 horas.

Viernes de 8:00 a 16:00 horas.

## **3. TÉCNICAS BÁSICAS.**

### 3.1. CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

#### I. DEFINICION:

Es la medición indirecta de la temperatura corporal.

#### II. OBJETIVO:

- Orientar formulación del diagnóstico médico.
- Orientar indicaciones terapéuticas.
- Evaluar respuesta a indicaciones terapéuticas.

#### III. EQUIPO:

Bandeja con:

- Termómetro en su estuche.
- Dispositivo para desechos.
- Guantes limpios (optativo).
- Vaselina (optativo).
- Toalla desechable.

#### IV. PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el equipo y lávese las manos.
2. Traslade el equipo a la unidad del paciente y explique el procedimiento a realizar y su objetivo.
3. Si la región axilar o inguinal se encuentra húmeda, séquela con toalla desechable.
4. Verifique que la columna de mercurio marque menos de 35°C, de lo contrario, tome firmemente el cuerpo del termómetro y agítelo hasta que la columna de mercurio alcance el valor requerido para iniciar el control.
5. **Para control axilar:** coloque el termómetro en axila cuidando que el bulbo quede en contacto con la piel. Tiempo = 5 minutos.  
**Para control inguinal:** Coloque el termómetro en la zona inguinal y ubique esa extremidad en abducción Tiempo = 5 minutos

**Para control rectal:** Previa colocación de guantes, lubrique el bulbo con vaselina, Pídale al enfermo que se coloque de lado, separe las nalgas hasta que visualice el esfínter anal. Introduzca suavemente el termómetro aproximadamente 3 centímetros. Tiempo = 3 minutos.

**Para control bucal:** Coloque el bulbo del termómetro bajo la lengua, pida al paciente que apriete los labios solo lo necesario para mantenerlo en esa posición. Tiempo = 3 minutos

6. Retire el termómetro y tómelo firmemente del cuerpo. Límpielo con toalla desechable si procede y póngalo a la altura de sus ojos para leer el valor obtenido.
7. Cubra el bulbo con toalla desechable y deposítelo temporalmente en dispositivo para desechos.
8. Registre la temperatura corporal de acuerdo a normas establecidas.
9. Retire el equipo de la unidad y lave el termómetro con agua y jabón, enjuague, seque prolijamente y guárdelo en su estuche.

### **3.2. CONTROL DE LA ACTIVIDAD RESPIRATORIA.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la medición de la frecuencia y observación de las otras características de la actividad respiratoria.

#### **II. OBJETIVO:**

- Controlar la evolución de una enfermedad.
- Evaluar indicaciones terapéuticas.
- Contribuir al diagnóstico médico.

#### **III. EQUIPO:**

- Reloj con secundario.
- Lápiz de pasta azul.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

Se aconseja que este control se realice con posterioridad al control del pulso y sin información al paciente, Cualquier persona que sabe que se le está midiendo la frecuencia respiratoria, tiende a controlar los movimientos torácicos con lo que se altera la medición.

1. Coloque su mano en la muñeca del paciente como si estuviera controlando el pulso. Asegúrese que el tórax antero superior del paciente esté visible.
2. Durante un minuto, cuente los ciclos respiratorios del paciente observando los ascensos o descensos del tórax .El valor obtenido es la frecuencia respiratoria. A continuación, observe amplitud y ritmo de la actividad respiratoria, presencia de alteraciones como tos, expectoración, ruidos agregados y si el paciente adopta alguna posición especial para respirar.
3. Registre la actividad realizada según normas establecidas.

#### **V. IMPORTANTE:**

- La frecuencia normal para un adulto es de 12 a 18 ciclos respiratorios por minuto.
- La actividad respiratoria normal es rítmica, silenciosa y sin esfuerzo.
- La fase inspiratoria es más larga que la fase espiratoria (relación 2/3 – 1/3).
- La relación entre la frecuencia respiratoria y la frecuencia del pulso es aproximadamente de 1:4.
- Cuando hay fiebre, aumenta la frecuencia respiratoria con el aumento concurrente de la frecuencia del pulso en un promedio de 4 ciclos respiratorios más por minuto por cada grado de elevación de la temperatura por sobre lo normal.

Ej: Si la temperatura corporal de un paciente es de 39° ¿Cuál será la frecuencia respiratoria esperada? Respiración  $12 + 8 (2 \times 4) = 20$  ciclos respiratorios por minuto.

### **3.3. CONTROL DEL PULSO ARTERIAL PERIFÉRICO.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la medición de la frecuencia y la observación de las otras características del pulso arterial a nivel periférico.

#### **II. OBJETIVO:**

Medir el pulso arterial periférico con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

#### **III. EQUIPO:**

- Reloj con secundario.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Explique al paciente en qué consiste el control y su objetivo.
2. Elija la arteria donde realizará la medición (radial, humeral, femoral, poplítea, pedia o temporal).
3. Coloque dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida y mida las siguientes características:
  - Frecuencia: Número de pulsaciones en un minuto.
  - Ritmo: Tiempo entre dos latidos sucesivos.
  - Amplitud: Expansión que experimenta la pared arterial al paso de la onda de sangre.
  - Tensión: Resistencia que ofrece la pared arterial al paso de la onda de sangre.
  - Simetría: Igualdad de las características de frecuencia – ritmo – amplitud y tensión en dos arterias pares.
4. Registre los hallazgos en hoja de enfermería.

### **3.4. CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la medición indirecta de la presión que la sangre impulsada por el ventrículo izquierdo ejerce en el árbol arterial.

#### **II. OBJETIVO:**

Medir la presión arterial con fines diagnósticos o terapéuticos.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroide.
- Fonendoscopio.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Si es posible pida al paciente que se sienta con la extremidad superior extendida, a la altura del corazón y apoyada en cojín o similar.
2. Coloque el manómetro al nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado, lo suficientemente cerca que permita leer la columna de mercurio.
3. Ubique la arteria braquial o humeral por palpación en el lado interno del pliegue del codo.
4. Envuelva el manguito alrededor del brazo, ajustado y firme. Su borde inferior debe quedar a 2.5 cms. (2 traveses de dedo) sobre el pliegue del codo. Si el manguito fue bien colocado los tubos de conexión quedarán sobre el trayecto de la arteria humeral.
5. Ubique la arteria radial por palpación.
6. Determine el nivel máximo de insuflación: Para ello insufla lentamente aire al manguito y observe en el manómetro el nivel en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica por palpación). A este valor súmele 30 mmHg.
7. Desinfla el manguito en forma rápida y espere 30 segundos antes de reinflar.

8. Coloque el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral ubicada por palpación. Este debe ser aplicado con una presión suave, asegurando que esté en contacto la piel en todo momento. Una presión excesiva puede distorsionar los sonidos y alterar la medición.
9. Infle el manguito en forma rápida y continua, hasta el nivel de insuflación máxima ya determinado (ver punto 6). Libere el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mmHg por segundo. El nivel de presión arterial se determina a través de los ruidos que se producen cuando la sangre comienza a fluir a través de la arteria al abrir la válvula de la pera de insuflación.
10. A medida que la presión del manguito va disminuyendo las características del ruido van cambiando. Los ruidos desaparecen cuando la presión ejercida por el manguito es menor a la presión dentro de la arteria. La presión sistólica se identifica al escuchar los dos primeros latidos consecutivos. La presión diastólica en los adultos se identifica por la cesación de los ruidos.
11. Registre la presión arterial en números pares e indique en que brazo efectuó la medición.
12. Retire el equipo de la unidad y realice limpieza de auriculares y diafragma del fonendoscopio con tórula con alcohol.

### **3.5. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL/ SUBLINGUAL.**

#### **I. DEFINICION:**

Administrar fármacos por boca con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal.

#### **II.CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

#### **III. EQUIPO:**

- Guantes de procedimientos
- Vaso con agua
- Toalla de papel
- Medicamento según indicación
- Mortero, jeringa, bombillas (si precisa)

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Valorar el nivel de conciencia y capacidad, para determinar forma de administración.
2. Lavar manos y poner guantes desechables.
3. Pedir la colaboración en cuanto a la necesidad de colocarle en una posición que facilite la deglución (posición de Fowler).
4. Indicar la correcta administración del tratamiento y asegurar la ingesta del mismo, si la vía es sublingual y el medicamento indicado es una tableta entréguela al paciente para que éste la coloque bajo la lengua. Infórmele que allí se disolverá por lo que no debe tragarla.
5. Recoger el material utilizado.
6. Sacar guantes.
7. Lavar manos.
8. Registrar.

### **3.6. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA OFTALMICA.**

#### **I.DEFINICION:**

Aplicar medicamentos intraoculares, manteniendo la esterilidad del mismo.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Realizar aseo ocular previo si procede

#### **III. EQUIPOS:**

- Guantes de procedimientos
- Colirio o ungüento indicado.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Coloque al paciente sentado o en decúbito supino, con el cuello en leve hiperextensión. De esta manera, además de acceder fácilmente al ojo, se reduce el drenaje del medicamento a través del conducto lacrimal.
4. Si hay costras o secreciones, límpielas suavemente con una gasa impregnada en suero fisiológico. Limpie siempre desde el canto interno al canto externo del ojo, para no introducir microorganismos en el conducto lacrimal. Utilice una gasa nueva para cada pasada.
5. Abra el recipiente que contiene el medicamento y deje la tapa boca arriba, para evitar la contaminación de los bordes.
6. Coja una gasa limpia y colóquela sobre el pómulo del paciente (si parte del medicamento se rebosa, lo absorberemos con la gasa).
7. Con el dedo índice de su mano no dominante apoyado en la gasa presione suavemente hacia abajo, de tal manera que quede expuesto el saco conjuntival (la retracción contra el pómulo previene la presión y el traumatismo del globo ocular e impide que los dedos toquen el ojo).
8. Pídale al paciente que mire hacia arriba (con ello se reduce el parpadeo).

- **Instilación de gotas oftálmicas:**

1. Con la mano dominante descansando sobre la frente del paciente, sostenga el cuentagotas o el frasco con el medicamento 1-2 cm. por encima del saco conjuntival. Al tener la mano apoyada y el recipiente a esa distancia, se previenen tanto los traumatismos como las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
2. Instile el medicamento en el centro del fondo del saco conjuntival.
3. Con una gasa apriete firmemente sobre el conducto lacrimal durante 1-2 minutos. Con ello se previene el rebosamiento hacia las vías nasales y la faringe y la absorción a la circulación sistémica.

- **Administración de ungüento oftálmico:**

1. Deseche la primera porción del ungüento.
2. Con la mano dominante aplique una tira fina y uniforme de pomada en el saco conjuntival, yendo desde el canto interno al canto externo del ojo. Mantenga una distancia de 1-2 cm. entre el tubo y el saco conjuntival, con el fin de evitar los traumatismos y las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
3. Al llegar al canto externo, gire levemente el tubo en sentido contrario. Con ello se facilita el desprendimiento de la pomada.
4. Pídale al paciente que cierre los párpados con suavidad, sin apretarlos. Así el medicamento se distribuirá uniformemente por el ojo.
5. Si se rebosa medicamento, límpielo con la gasa que tenía en la mano no dominante (siempre desde el lado interno al lado externo del ojo).
6. Cierre el recipiente que contiene el medicamento.

- **Aseo Ocular:**

1. Informar al paciente
2. Disponer de luz adecuada

3. Poner al paciente en decúbito dorsal con la cabeza hacia el lado afectado, colocar un riñón en ese mismo lado.
4. Lavar los párpados y las pestañas con solución salina. Mirando el paciente hacia arriba, invertir el saco conjuntival inferior sin ejercer nunca presión sobre el globo ocular.
5. Irrigar permitiendo que el líquido de irrigación fluya del canto interno al externo del ojo a lo largo del saco conjuntival
6. Usar solo la fuerza suficiente para el lavado, no tocar el párpado, pestañas o globo ocular con el instrumento de irrigación.
7. Solicitar al paciente que cierre los ojos varias veces.
8. Secar la cara del paciente
9. Poner parche ocular si es indicado (gasa fija con tela)

#### **V. RECOMENDACIONES:**

- El periodo de caducidad una vez abiertos es de un mes.
- Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos.

### **3.7. ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA OTICA.**

#### **I. DEFINICION:**

Instilación de medicamentos al interior del oído.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

#### **III. EQUIPO:**

- Guantes de procedimientos
- Suero fisiológico.
- Medicamento según indicación.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Ayude al paciente a colocarse en la posición adecuada: sentado o en decúbito y con la cabeza girada o inclinada hacia el lado que no se va a tratar.
4. Limpiar suavemente el pabellón auricular y el conducto auditivo externo con una gasa impregnada en suero fisiológico. Así se evita que cualquier supuración penetre en el conducto auditivo.
5. Temperar el envase frotándolo entre las manos o introduciéndolo en agua tibia durante unos minutos. La medicación debe administrarse a la temperatura corporal ya que de lo contrario actuaría como un estímulo térmico sobre el laberinto y provocaría un episodio de vértigo agudo.
6. Abrir el envase que contiene el fármaco y dejar la tapa boca arriba (evitar que se contaminen sus bordes).
7. Con los dedos índice y pulgar de su mano no dominante coja la parte superior y posterior del pabellón auricular y tire suavemente de ella hacia arriba y hacia atrás en los pacientes adultos, hacia atrás en los niños y hacia atrás y hacia abajo en los lactantes. Con ello se consigue ensanchar el diámetro y alinear el conducto auditivo externo.
8. Mientras tira del pabellón auricular, instile el número de gotas prescrito, de tal manera que caigan sobre la pared lateral del conducto auditivo externo. No aplique las gotas dentro del conducto ya que, según cuál sea el proceso de base, se puede producir dolor.
9. Para evitar contaminación, procure que el extremo del recipiente no toque la piel del paciente.
10. Presionar suavemente en el trago para facilitar que el medicamento avance por el conducto auditivo externo.

11. Pídale al paciente que permanezca en la posición adoptada otros cinco minutos más. Con ello se evita la salida del medicamento y se favorece que el oído externo se impregne adecuadamente.
12. Transcurrido este tiempo, el paciente ya puede abandonar la postura indicada. Tenga la precaución de informarle de que, una vez administrado el tratamiento, no debe colocarse gasas o algodones en el conducto. Si lo hiciera, estos apósitos absorberían por capilaridad parte de la medicación, con lo cual disminuirá su eficacia

### **3.8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL**

#### **I. DEFINICION:**

Es el proceso mediante el cual se proporciona al paciente medicamentos indicados y que serán absorbidos por la mucosa nasal.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

#### **III. EQUIPO:**

- Guantes de procedimiento
- Medicamento según indicación
- Tórulas de algodón secas

#### **PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimientos
3. Previo aseo de cavidad nasal (si procede) coloque al paciente con el cuello en hiperextensión.
4. Tome el frasco del medicamento y dirija la punta hacia la fosa nasal cuidando no entrar en contacto con ella. Instile las gotas indicadas.

5. Pídale al paciente que respire por la boca para evitar que estornude y mantenga la cabeza hacia atrás por lo menos durante 5 minutos.
6. Limpie con toalla de papel o tómulas de algodón secas restos de medicamento que escurran por la nariz.
7. Ordenar material utilizado
8. Registrar.

### **3.9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA VAGINAL.**

#### **I. DEFINICION:**

Proceso mediante el cual se proporciona al paciente medicamentos indicados para ser absorbidos por la mucosa vaginal.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

#### **III. EQUIPO:**

- Guantes de procedimientos
- Apósito.
- Medicamento según indicación.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Colóquese los guantes.
3. Si el medicamento viene presentado en forma de óvulo o tableta vaginal, separe los labios mayores e introdúzcalo suavemente por la pared posterior de la vagina.
4. Si el medicamento se presenta como pomada introduzca suavemente el aplicador (aproximadamente 5 centímetros) en dirección al sacro, presione el tubo, retire suavemente y limpie residuos de crema.

5. Coloque apósito vaginal y pida a la paciente que mantenga posición horizontal al menos 15 minutos. Retírese los guantes y elimínelos en el dispositivo para desechos.
6. Registre de acuerdo a normas establecidas.

### **3.10. ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA RECTAL.**

#### **I.DEFINICION:**

Administrar sustancias medicamentosas en el interior del recto, a través del ano, con fines terapéuticos, preventivos o diagnósticos..

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.
- Preguntar al paciente si tiene ganas de defecar, para que lo haga antes del procedimiento.

#### **III. EQUIPO:**

- Guantes de procedimientos
- Supositorio según indicación
- Sabanilla.

#### **IV.PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Informar al paciente del procedimiento que va a realizar y solicitar su colaboración.
4. Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha flexionada por encima de la izquierda, hacia delante. Con esta postura el ano se expone más fácilmente y se favorece la relajación del esfínter externo.
5. Cubrir al paciente con la sábana, de tal modo que solo queden expuestas las nalgas.

6. Separar la nalga que no se apoya en la cama y observe el ano. Compruebe que la zona está limpia.
7. Verificar la consistencia del supositorio. Si es correcta, retirar el envoltorio. Si esta muy blando se debe poner unos minutos en el refrigerador o bajo un chorro de agua helada.
8. Indicar al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas por la boca. Con ello se favorece la relajación del esfínter anal y se disminuye la ansiedad del enfermo.
9. Separar la nalga que no se apoya en la cama con la mano no dominante. Con el dedo índice de la mano dominante introducir el supositorio por su parte cónica, imprimiéndole una dirección hacia el ombligo.
10. Mantener apretadas las nalgas del paciente hasta que ceda el tenesmo rectal (dos o tres minutos).
11. Lo ideal es que el paciente permanezca acostado en decúbito lateral o supino durante unos diez o quince minutos, que es el tiempo que tarda en absorberse el medicamento. Estas posturas favorecen la retención del supositorio.

### **3.11. INYECCIÓN INTRADÉRMICA.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una determinada cantidad de líquido medicamentoso, en el tejido intradérmico, a través de jeringa y aguja adecuada.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa de tuberculina o de 1 cc milimetrada.
- Aguja intradérmica N° 25.
- Aguja adicional para aspirar.
- Pinza.
- Solución a inyectar.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Armar la jeringa y conectar la aguja con la que se extraerá la solución medicamentosa. Dejarla en la bandeja estéril.
4. Abrir la ampolla, previamente protegida con algodón.
5. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido.

**Si el envase es un frasco con tapa de goma cerrada herméticamente, proceder como sigue:**

1. Desinfectar el tapón de goma con alcohol.
2. Aspirar en la jeringa tanto aire como líquido debe extraer.
3. Introducir la aguja en el tapón e inyectar el aire dentro del frasco y aspirar la cantidad de solución medicamentosa que se va a inyectar. Retirar.
4. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
5. Llevar la bandeja hasta el paciente.
6. Lavar con agua y jabón si es necesario.
7. Limpiar la piel con una tórula de algodón con alcohol puro.

8. Tomar la jeringa e inyectar en cara externa del antebrazo, teniendo la precaución de que en bisel de la aguja quede hacia arriba y paralelo a la piel.
9. Observar posibles reacciones en el paciente.
10. Retirar el material.
11. Lavarse las manos.
12. Dar indicaciones.
13. Registrar.

#### **V. RECOMENDACIONES:**

- Observar reacciones adversas.
- Retirar equipo y descontaminar según normas.
- Desechar jeringa y aguja según norma.
- Ordenar y guardar el resto del equipo.

### **3.12. INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una determinada solución en el tejido celular subcutáneo, por medio de una jeringa y aguja adecuada.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con su respectiva aguja estéril N° 23.
- Aguja adicional para aspirar.
- Pinza.
- Solución a inyectar.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Lavar con agua y jabón si es necesario.
10. Limpiar la piel con una tórula de algodón con alcohol puro.
11. Con el índice y el pulgar de la mano libre sujetar la piel y de una sola vez introducir la aguja en un solo movimiento firme en un ángulo de 45°.
12. Aspirar para cerciorarse que no se ha caído en vaso sanguíneo y luego inyectar lentamente la solución.

13. Una vez inyectado el medicamento, retirar la aguja con un movimiento rápido, presionar sobre el área con una tórula seca.
14. Desechar el material según normas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Registrar.

#### **V. RECOMENDACIONES:**

- Verificar indicaciones y solución a utilizar.
- Preparar y colocar inmediatamente el medicamento.
- Retirar equipo, asear prolijamente y reintegrarlo a su sitio.
- Desechar jeringa y aguja según norma.

### **3.13. INFUSION SUBCUTANEA.**

#### **I.DEFINICION:**

Es la introducción de una determinada solución en el tejido celular subcutáneo, se utiliza principalmente en pacientes que se encuentran en el Programa de Cuidados Paliativos. Este procedimiento se puede realizar de 2 formas:

- 1. Por infusión subcutánea intermitente:** La administración de medicamentos puede realizarse mediante la punción reiterada cada vez que se quieran administrar los diferentes medicamentos o, mucho mejor, mediante la administración intermitente de éstos a través bránula insertada en el tejido subcutáneo.
- 2. Por infusión subcutánea continua:** La administración de medicamentos o hidratación es a través de fleboclisis. (cantidad máxima 1000 a 1500 ml diario).

## **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

## **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Bránula adecuada.
- Jeringa con su respectiva aguja N° 23
- Aguja de recambio
- Tapón Amarillo
- Pinza.
- Solución a inyectar.
- Bajada de suero.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

## **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con una tórula de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.

8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Lavar con agua y jabón si es necesario.
10. Limpiar la piel con una tórula de algodón con alcohol puro.
11. Con el índice y el pulgar de la mano libre sujetar la piel y de una sola vez introducir la bránula en un solo movimiento firme en un ángulo de 45°.
12. Fijar la bránula con tela, instalar tapón amarillo para cerrar circuito.
13. Desinfectar tapón amarillo con alcohol e introducir en medicamento preparado.
14. Desechar el material según normas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Registrar.

**En caso de infusión continua:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Conectar suero (según indicación médica) a equipo de fleboclisis, dejar sin aire el trayecto de la conexión.
5. Llevar la bandeja hasta el paciente.
6. Lavar con agua y jabón si es necesario.
7. Limpiar la piel con una tórula de algodón con alcohol puro.
8. Con el índice y el pulgar de la mano libre sujetar la piel y de una sola vez introducir la bránula en un solo movimiento firme en un ángulo de 45°.
9. Fijar la bránula con tela.
10. Instalar el suero indicado y fijarlo.
11. Dejarlo a goteo lento (6 a 8 gotas por minuto)
12. Desechar el material según normas.
13. Dejar cómodo al paciente.
14. Lavarse las manos.
15. Registrar.

## **V. RECOMENDACIONES:**

- Realizar cambio de catéter subcutáneo cada 7 a 10 días.
- Educar a paciente y familia en relación a signos de alarma.

### **3.14. INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una determinada solución en el tejido muscular, por medio de una jeringa y aguja adecuada.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con su respectiva aguja estéril N° 21.
- Aguja adicional para aspirar.
- Pinza.
- Solución a inyectar.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Si va a puncionar región glútea, coloque al paciente en posición decúbito ventral con los pies hacia la línea media
10. Limpiar sitio de punción con una tórula con alcohol (cuadrante superior externo del glúteo).
11. Con la mano libre sujetar firmemente el glúteo que se va a puncionar, introduciendo la aguja con un movimiento rápido y firme en un ángulo de 90°.
12. Aspirar para cerciorarse que no se ha caído en vaso sanguíneo. En caso de puncionar un vaso sanguíneo, cambie la dirección sin retirar la aguja y vuelva a aspirar y luego inyectar lentamente la solución.
13. Una vez inyectado el medicamento, retirar la aguja con un movimiento rápido, presionar sobre el área con una tórula seca.
14. Desechar el material según normas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Registrar.

## **V. RECOMENDACIONES**

Si va a puncionar deltoides siga la misma técnica descrita para inyección intramuscular. Tome como punto de referencia cuatro traveses de dedos bajo el acromion de la cara externa del brazo.

### **3.15. TÉCNICA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN SOLUCION.**

Se efectuaran los pasos de acuerdo a inyección intramuscular.

#### **I. PROCEDIMIENTO:**

1. Leer indicaciones del medicamento a administrar.
2. Preparar al paciente.
3. Lavarse las manos.
4. Quebrar la ampolla de diluyente sujetándola con una tórula.
5. Retirar tapa metálica del frasco del medicamento y limpiar con tórula con alcohol.
6. Sacar la jeringa y colocarle una aguja de mayor calibre.
7. Aspirar el diluyente e introducirlo en frasco del medicamento.
8. Preparar la solución según indicación.
9. Verificar que la disolución sea completa y homogénea.
10. Aspirar el medicamento preparado y eliminar burbujas.
11. Cambiar aguja y dejar jeringa cargada en el riñón.
12. Para puncionar región glútea colocar al paciente en posición de decúbito ventral.
13. Con una tórula con alcohol limpiar sitio de punción.
14. Con la mano libre proceder a sujetar firmemente el sitio de punción e introducir la aguja con un movimiento firme en ángulo de 90°.
15. Aspirar, en caso que haya puncionado un vaso sanguíneo, cambiar de dirección sin retirar la aguja.
16. Inyectar lentamente el medicamento.

17. Retirar con un movimiento rápido, haciendo presión con la tórula en la zona de punción.
18. Dejar cómodo al paciente.
19. Desechar material utilizado, según norma.
20. Lavarse las manos.
21. Registrar la actividad.

### **3.16. INYECCIÓN INTRAVENOSA.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una determinada solución al torrente sanguíneo, utilizando una jeringa y aguja adecuada.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación psíquica del paciente. Informarle
- Preparación física del paciente: ubicar vena de buen calibre, acomodar al paciente, asear zona de punción si es necesario.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con capacidad de acuerdo al medicamento y aguja desechable N° 21.
- Aguja adicional para aspirar.
- Ligadura.
- Guantes.
- Pinza.
- Solución a inyectar.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.

- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Colocarse los guantes.
10. Ubicar vena a puncionar.
11. Limpiar el sitio de punción con tórula con alcohol.
12. Ligar el sitio próximo a la punción e introducir la aguja en la vena seleccionada.
13. Soltar la ligadura, aspirar para verificar que se está en vena.
14. Empujar suavemente el embolo de la jeringa introduciendo el medicamento lentamente.
15. Verificar permeabilidad de la vena durante el procedimiento.
16. Una vez finalizado éste, retirar la aguja y presionar firmemente el sitio de punción.
17. Desechar el material según normas.
18. Dejar cómodo al paciente.
19. Retirar los guantes y lavarse las manos.
20. Registrar.

## **V. RECOMENDACIONES:**

- Mientras introduce el medicamento, observar reacciones adversas, interrumpir la acción si es necesario.

### **3.17. FLEBOCLISIS INTRAVENOSA.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una determinada solución al torrente sanguíneo, utilizando catéter periférico.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación psíquica del paciente. Informarle
- Preparación física del paciente: ubicar vena de buen calibre, acomodar al paciente, asear zona de punción si es necesario.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con medicamento indicado
- Suero según indicación.
- Bajadas de suero.
- Ligadura.
- Guantes.
- Pinza.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Si hay indicación de medicamento: Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Seleccionar suero según indicación, cortar gollete previa desinfección con alcohol. Si existe indicación de medicamento, introducirlo al suero sin tocar bordes.
9. Conectar la bajada de suero al suero y permeabilizar la conexión.
10. Llevar la bandeja hasta el paciente.
11. Colocarse los guantes.
12. Ubicar vena a puncionar.
13. Limpiar el sitio de punción con tórula con alcohol.
14. Ligar el sitio próximo a la punción
15. Retirar funda protectora de la bránula con la mano no dominante.
16. Con la mano dominante sostener el catéter con dedo índice y pulgar e introducir la bránula en la vena seleccionada con bisel hacia arriba en un ángulo de 30 a 40 grados con la piel, observar si retorna sangre a la cámara trasera del catéter, disminuir el ángulo de la aguja dejándola casi paralela a la superficie cutánea
17. Soltar la ligadura.
18. Con movimiento coordinado de ambas manos canalizar la vena, la mano no dominante va introduciendo el catéter, mientras que la mano dominante va retirando el mandril.

19. Conectar directamente el equipo de perfusión. Si existe la necesidad conectar llave de tres pasos.
20. Abrir la llave del sistema de perfusión y ajustar la velocidad de infusión
21. Fijar bránula con tela adhesiva.
22. Desechar el material según normas.
23. Dejar cómodo al paciente.
24. Retirar los guantes y lavarse las manos.
25. Registrar.

#### V. IMPORTANTE:

- El catéter venoso debe cambiarse cada 72 horas
- El cálculo de la velocidad de perfusión:

$$1 \text{ ml} = 1 \text{ cc} = 20 \text{ gotas} = 60 \text{ microgotas}$$

**Número de microgotas por minuto** = volumen a administrar en cc x 60 microgotas / tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.

**Número de gotas por minuto** = volumen a administrar en cc x 20 gotas / tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.

$$\text{Número de gotas por minuto} = 100 \text{ cc} \times 20 \text{ gotas} / 30 \text{ minutos} = 66'6.$$

### **3.18. INYECCIÓN INSULINA.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es la introducción de una cantidad de insulina previamente indicada y prescrita por vía subcutánea.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa de insulina desechable, con su respectiva aguja.
- Medicamento a inyectar.
- Pinza.
- Torulero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
4. Preparar el equipo.
5. Aspirar aire en la jeringa, tirando el embolo hacia atrás, hasta la cantidad de dosis requerida.
6. Puncionar con la aguja el tapón de goma del frasco e introducir todo el aire en el mismo.

7. Poner el frasco de insulina con la jeringa y aguja clavada, vertical hacia abajo. Tirar del embolo lentamente hasta cargar las unidades requeridas y algo más, eliminar las burbujas de aire golpeando con el dedo la jeringa. Luego, dejar las unidades exactas a inyectarse introduciendo el resto en el frasco, retirar la jeringa.
8. Limpiar el sitio de punción con tórula con agua. NO UTILIZAR ALCOHOL.
9. Plegar entre los dedos la piel del sitio de punción.
10. Introducir la aguja firmemente en la piel hasta el final.
11. El ángulo de inyección varía de 45 a 90°, según el grosor de la piel.
12. Soltar el pliegue. Aspirar. Si no se ve sangre su interior continuar. Si en alguna ocasión observa sangre, retirar la jeringa y comenzar de nuevo.
13. Empujar el embolo hasta el final con cuidado, inyectando toda la insulina.
14. Mantener por 10 segundos y retirar despacio.
15. Presionar firmemente el sitio de punción.
16. Desechar el material según normas.
17. Dejar cómodo al paciente.
18. Lavarse las manos.
19. Registrar.

### **Preparación de la mezcla de insulina:**

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
4. Preparar el equipo.
5. Aspirar aire de la dosis de insulina lenta e inyectarlos al frasco de la insulina lenta.
6. Hacer lo mismo con la insulina rápida.
7. Sin sacar la jeringa invierta el frasco de la insulina rápida y aspire dosis indicada.
8. Retire la jeringa del frasco

9. Invierta el frasco de insulina lenta, introduzca la aguja y aspire lentamente la cantidad indicada.
10. Verifique la suma de ambas, elimine burbujas.
11. Limpiar el sitio de punción con tórula con agua. NO UTILIZAR ALCOHOL.
12. Plegar entre los dedos la piel del sitio de punción.
13. Introducir la aguja firmemente en la piel hasta el final.
14. El ángulo de inyección varía de 45 a 90°, según el grosor de la piel.
15. Soltar el pliegue. Aspirar. Si no se ve sangre su interior continuar. Si en alguna ocasión observa sangre, retirar la jeringa y comenzar de nuevo.
16. Empujar el embolo hasta el final con cuidado, inyectando toda la insulina.
17. Mantener por 10 segundos y retirar despacio.
18. Presionar firmemente el sitio de punción.
19. Desechar el material según normas.
20. Dejar cómodo al paciente.
21. Lavarse las manos.
22. Registrar.

## **V. RECOMENDACIONES:**

1. El paciente diabético que necesita insulina debe ser instruido para efectuarse él mismo el procedimiento.
2. Se recomienda utilizar los siguientes sitios de punción:
  - Cara externa y superior del brazo.
  - Parte superior y lateral de las nalgas.
  - Zona periumbilical
  - Cara lateral y anterior de los muslos.
3. Las zonas de inyección deberán rotarse, teniendo la precaución de separar las punciones varios centímetros entre ellas, a fin que la insulina se absorba bien y evite así la aparición de deformaciones en los sitios de inyección (lipodistrofias).

### **3.19. INSTALACION DE SONDA NASOGASTRICA.**

#### **I.DEFINICION:**

Instalación de una sonda nasogástrica por uno de los orificios nasales hasta el estómago.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad al paciente.
- Preparar equipo.

#### **III.EQUIPO:**

- Sonda nasogástrica calibre a elección según edad del paciente.
- Guantes
- Agua para lubricar la sonda o suero fisiológico.
- Un riñón.
- Toalla desechable.
- Cinta adhesiva
- Fonendoscopio
- Jeringa de 60ml punta TIP

#### **IV.PROCEDIMIENTO:**

1. Explicar al paciente la técnica que se va a realizar pidiéndole su colaboración.
2. Reunir el material a utilizar
3. Hacer una medición superficial del trayecto previsto (recorrido desde la nariz, lóbulo de la oreja y apéndice xifoide), marcar éste punto con tela o con un lápiz.
4. Situar al paciente en decúbito supino Fowler, incorporado a 45° y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante.

5. Lavarse las manos y preparar los materiales que utilizará, aplicar suero a los 30 cms distales de la sonda.
6. Colaborar en el procedimiento pidiéndole al paciente que trague saliva y aprovechando estos momentos de deglución avanzará la sonda.
7. Una vez alcanzado el punto previsto en la medición inicial, puede empezar a salir contenido gástrico por la sonda; si esto no sucede, se aspirará con la jeringa, si se extrae contenido gástrico se confirmará su situación.
8. Si aún no obtenemos contenido gástrico, se deberá introducir 20 cms. de aire con la jeringa, al mismo tiempo que auscultamos el epigastrio, intentando oír un ruido de burbujas en el estomago que indica la presencia de aire en la cavidad, o colocar el extremo libre de la sonda en un recipiente con agua, si hay burbujas indica que se encuentra en pulmones.
9. Fijar la sonda con tela en la mejilla del paciente.

#### **V.RECOMENDACIONES:**

- Nunca se debe presionar más de lo debido, ya que puede haber algún tipo de obstrucción y podría causar alguna lesión.
- Retirar a la brevedad si observamos al paciente con algún signo de dificultad respiratoria.
- En recién nacidos, se debe colocar de preferencia orofaríngea, por las condiciones de respiración de éstos pacientes

## 3.20. LAVADO GÁSTRICO

### I. DEFINICION:

Introducción de una sonda hueca, de calibre grueso y multiperforada en su extremo distal, que se llevará hasta el estómago para evacuar sangre, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancia mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de líquido.

### II. CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad al paciente.
- Preparar equipo.

### III. EQUIPO:

- Sonda nasogástrica calibre dependiendo de la edad del paciente.
- Guantes.
- Agua para lubricar la sonda o suero fisiológico.
- Solución a instilar según indicación médica.
- Un riñón.
- Toalla o pañuelos desechables.
- Cinta adhesiva

### IV. PROCEDIMIENTO:

1. Realizar instalación de sonda nasogástrica según procedimiento 3.19.
2. El lavado gástrico se inicia una vez comprobada la correcta colocación de la sonda gástrica.
3. Introducción de la cantidad apropiada de líquido (solución salina isotónica) a temperatura templada 37°C, para evitar hipotermia.
4. Si la instilación del líquido se realiza por el sistema pasivo se clamará la rama de conexión a la bolsa de drenaje y se dejará infundir la bolsa de

- irrigación. Si el líquido se introduce mediante sistema activo, se infundirá directamente con la jeringa conectada a la sonda gástrica.
5. Aspiración suave del líquido instilado mediante jeringa (sistema activo) o drenaje por gravedad (cerrando la conexión a la bolsa de fluido y abriendo la bolsa de drenaje mediante sistema pasivo). Se puede usar también el método de sifón bajando la sonda por debajo del nivel del estómago y dejándola refluir a un recipiente. La cantidad de líquido drenado ha de ser aproximadamente igual al líquido irrigado para evitar dilatación gástrica o el pase de tóxicos hacia duodeno.
  6. La eficacia del lavado se puede complementar con la adición de soluciones especiales (carbón activado, catárticos, sustancias para el control del sangrado) si estuviera indicado.
  7. Realizar el lavado hasta que el contenido gástrico sea claro.
  8. Registrar procedimiento.

### **3.21. ASEO GENITAL.**

#### **I. DEFINICION:**

Es el aseo de los genitales externos masculino o femenino.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.

### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Riñón o bandeja con agua jabonosa tibia.
- Frasco con tómulas grandes de algodón.
- Jarro pequeño (500 cc) con agua tibia.
- Guantes de procedimientos.
- Sabanilla y trozo de plástico u otro material impermeable.
- Papel higiénico o toalla desechable.
- Dispositivo para desechos.

**Nota:** Si el paciente está en condiciones de hacerse este aseo, proporcionele el equipo e indíquele cómo hacerlo.

### **IV. PROCEDIMIENTO:**

#### **Aseo genital femenino:**

1. Informar a la paciente en relación a la actividad a realizar.
2. Preparar el equipo.
3. Colocar sabanilla bajo la pelvis.
4. Ayude a la paciente a adoptar la posición ginecológica.
5. Ubique sobre la sabanilla el riñón con agua jabonosa y el dispositivo para desechos. Colóquese los guantes.
6. Vacíe sobre la vulva parte del agua jabonosa con el objetivo de arrastrar las secreciones acumuladas. Limpie pliegues inguinales con tómulas humedecidas en agua jabonosa, con movimientos de arrastre en un solo sentido (desde el pubis hacia el ano). Utilice las tómulas una sola vez y luego elimínelas en el dispositivo para desechos.
7. Separe grandes labios y limpie con movimientos de arrastre, suaves y seguros de la forma ya descrita. A continuación, separe los labios menores y repita lo indicado. Vierta el resto del agua jabonosa sobre la vulva.
8. Elimine el jabón vaciando suavemente agua tibia sobre la vulva, seque con toalla desechable.

9. Cubra de inmediato a la paciente.
10. Registre la atención proporcionada.
11. Retire equipo utilizado

**Aseo genital del varón:**

1. En general se deben cumplir las mismas etapas ya descritas. Para que se logre asear prolijamente la región, es importante, retraer suavemente el prepucio para limpiar el glande y pliegue balanoprepucial con movimientos circulares. Finalmente limpie la bolsa escrotal con movimientos de arrastre.

### **3.22. INSTALACION DE SONDA FOLLEY.**

**I. DEFINICIÓN:**

Es el procedimiento que consiste en introducir en la vejiga una sonda con los siguientes fines:

- Evacuación continua de orina de pacientes con incontinencia urinaria o inconsciente.
- Permitir la medición de diuresis horaria en pacientes críticos.
- Realizar exámenes.

**II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.
- Solicitar ayudante.

### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Sonda Folley estéril, según edad del paciente.
- Guantes estériles y de procedimiento.
- Delantal y mascarilla.
- Jeringa estéril de 5 – 10 cc.
- Set de recolección de orina estéril.
- Paño perforado estéril.
- 3 tómulas grandes con jabón.
- Agua destilada, 2 ampollas de 5cc.
- Suero fisiológico.
- Tela adhesiva
- Chata o riñón.
- Deposito para desechos.

### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Explicar el procedimiento al paciente
2. Realizar aseo genital, según técnica establecida.
3. Lavarse las manos, quirúrgicamente.
4. Colocarse delantal y mascarilla.
5. Colocarse los guantes estériles
6. Solicitar ayuda para dejar caer suero fisiológico en genitales.
7. Armar jeringa y cargar con agua bidestilada.
8. Verificar indemnidad del balón de la sonda, introduciendo y retirando 5 cc de agua bidestilada.
9. Preparar área con paño perforado estéril
10. Introducir la sonda humedecida con agua bidestilada suavemente por la uretra.
  - Varón: ponga una gasa estéril en círculo alrededor del pene.
  - Mujer: separar labios mayores con gasa estéril, utilizando los dedos índice y pulgar.

11. Si se toma muestra de orina: recolectar en un frasco estéril rotulado la cantidad adecuada.
12. Dejar escurrir la orina directamente al set recolector, previamente conectado con la válvula de salida cerrada; introducir agua bidestilada al balón de la sonda, a través del tapón de goma o válvula.
13. Traccionar suavemente la sonda para comprobar si esta fija en la vejiga.
14. Adaptar la sonda Folley a la bolsa recolectora de orina.
15. Fijar la sonda al paciente con tela adhesiva
16. Retirar el equipo y dejar cómodo al paciente
17. Medir cantidad de orina extraída, recolectarla o eliminarla según indicación médica.
18. Desechar el material, según normas de precaución universal.
19. Lavarse las manos.
20. Registrar la actividad.

## **V. RECOMENDACIONES**

1. En caso de no existir ayudante, se debe preparar previamente el material.
2. Utilizar asepsia quirúrgica durante todo el procedimiento.
3. La bolsa recolectora se debe mantener siempre bajo el nivel de la vejiga del paciente, para evitar el reflujo.
4. Evitar acodamiento de la sonda por movimientos del paciente.
5. Antes de vaciar o cambiar el set recolector de orina, debe lavarse las manos y la manipulación del circuito debe hacerse respetando las normas de asepsia.

### **3.23. RETIRO DE SONDA FOLLEY.**

#### **I. DEFINICIÓN:**

Es el procedimiento que consiste en retirar de la vejiga una sonda.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Guantes de procedimiento.
- Jeringa estéril de 5 – 10 cc.
- Deposito para desechos.
- Material de registro

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Explicar el procedimiento al paciente.
2. Lavado de manos.
3. Colocación de guantes de procedimiento.
4. Vaciar la bolsa recolectora.
5. Desinflar el balón con la jeringa.
6. Traccionar suavemente la sonda hasta retirarla totalmente
7. Eliminar los desechos.
8. Registrar.

#### **V. RECOMENDACIONES:**

- Se debe controlar la diuresis posterior al retiro de la sonda

### **3.24. CURACION SIMPLE.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la técnica que tiene por finalidad prevenir posibles infecciones donde exista pérdida de continuidad de la piel, facilitando además el proceso de cicatrización y disminuyendo las posibles secuelas funcionales y/o estéticas.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación de material a utilizar.
- Preparación psicológica del paciente.
- Delimitar áreas.
- Mantener la privacidad del paciente en todo momento.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Un equipo de curación estéril.
- 1 pinza anatómica.
- 1 pinza quirúrgica
- 1 tijera
- 1 pocillo o cápsula.
- Suero fisiológico 0.9%
- Apósitos estériles.
- Tela adhesiva.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Deposito para desechos (según normas de precauciones universales)
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTOS:**

1. Lavarse las manos.
2. Recolectar material necesario:
3. Explicar el procedimiento al paciente
4. Retirar apósitos o vendaje del paciente de manera de no producir dolor ni daños a los tejidos, usar suero fisiológico si fuera necesario
5. Realizar limpieza con gasa y suero fisiológico usando las pinzas del equipo de curación, limpiar en un solo sentido y eliminar.
6. Una vez limpia la zona cubrir con apósito de gasa y fijar con tela.
7. Eliminar desechos en tarro de material contaminado y dejar el equipo de curación en lavamanos del área sucia.
8. Lavado de manos.
9. Indicar al paciente sobre los cuidados de la curación y cuando debe volver

#### **V. RECOMENDACIONES:**

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Delimitar área limpia y la sucia.
- Mantener la privacidad del paciente.
- Observar condiciones del apósito.
- Referir a medico si es necesario.

### **3.25. CURACION COMPLEJA.**

#### **I. DEFINICION:**

Evitar y/o contribuir a la erradicación de infección de heridas complicadas, ya sea por su tamaño, ubicación y/o estadio.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Preparación de material a utilizar.
- Preparación psicológica del paciente.
- Delimitar áreas.
- Mantener la privacidad del paciente en todo momento.

#### **III. EQUIPO:**

Bandeja con:

- Un equipo de curación estéril.
- 1 pinza anatómica.
- 1 pinza quirúrgica
- 1 tijera
- 1 pocillo o cápsula.
- Suero fisiológico 0.9%
- Apósitos estériles.
- Tela adhesiva.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Deposito para desechos (según normas de precauciones universales)
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. Explicar al paciente el procedimiento
3. Retirar apósitos o vendaje del paciente de manera de no producir dolor ni daños a los tejidos, usar suero fisiológico si fuera necesario.
4. Uso de técnica estéril: abrir equipo de curación y todos los insumos a utilizar
5. Colocarse guantes estériles.
6. Irrigación con suero fisiológico ojala tibio (**con jeringa**)
7. Debridación si se requiere
8. Limpieza con gasa con suero fisiológico en un solo sentido
9. Una vez limpia la herida proceder a cubrirla con apósito y fijar con tela y/o venda
10. Eliminar desechos en tarro de material contaminado y dejar el equipo de curación en lavamanos del área sucia.
11. Lavado de manos.
12. Indicar al paciente sobre los cuidados de la curación y cuando debe volver

#### **VI. RECOMENDACIONES:**

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Delimitar área limpia y la sucia.
- Mantener la privacidad del paciente.
- Observar condiciones del apósito.
- Referir a medico si es necesario.

### **3.26. CURACION DE QUEMADURAS.**

#### **I. DEFINICION:**

Es el procedimiento que se realiza en heridas causadas por agentes físicos o químicos, su finalidad es aliviar el dolor, prevenir la infección y facilitar la cicatrización.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Tranquilizar al paciente.
- Calmar el dolor si es necesario.
- Averiguar elemento causante.
- Retirar ropa.
- Delimitar áreas.

#### **III. EQUIPO:**

Bandejas que contengan:

- Equipos de curación estéril.
- Gasas, pinzas anatómicas, y quirúrgica, tijeras, pocillo, gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Tórula de gasa.
- Vendas.
- Jeringas de 10 cc estéril.
- Tela adhesiva.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Paño estéril perforado.
- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.

- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse delantal y mascarillas según normas.
3. Despejar área de quemadura (retirar ropas adheridos u otro elemento), con suero fisiológico.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Delimitar áreas con paño perforado.
6. Lavar la herida con suero fisiológico.
7. Debridar borde de la herida si es necesario.
8. Romper flictenas si las hay, exceptuando palmares y plantares.
9. Secar y aplicar antiséptico.
10. Cubrir la herida con antiséptico.
11. Fijar apósito con tela adhesiva o venda.
12. Inmovilización funcional si fuese necesario y si la extremidad se encuentra en una de las extremidades, elevarla.
13. Retirar el equipo utilizado.
14. Sacarse los guantes y desecharlos según normas precauciones universales.
15. Retirar el delantal y lavarse las manos.
16. Registrar la actividad.

#### **V. RECOMENDACIONES:**

1. Observar frecuentemente extremos distales de las extremidades con respecto a coloración y temperatura de la piel.
2. Recordar que las heridas por quemadura son fáciles de infectar.
3. Referir a medico cuando sea necesario.
4. Indicar al paciente que concurra al Hospital para curación y evaluación de su herida.

5. Recordar que en caso de quemadura de manos y pies debe ser tratada en forma individual, utilizando separaciones interdigitales.

### **3.27. CURACION AVANZADA DE PIE DIABETICO.**

#### **I. DEFINICION:**

Corresponde a la curación No Tradicional de aquellas heridas de pacientes diabéticos que se sitúan en la planta del pie, en el talón o en los ortejos. Y tiene por objetivo aliviar el dolor, prevenir la infección y facilitar la cicatrización.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Tranquilizar al paciente.
- Diagnóstico de diabetes
- Calmar el dolor si es necesario.
- Averiguar elemento causante.
- Delimitar áreas.

#### **III. EQUIPO:**

Bandejas que contengan:

- Equipos de curación estéril.
- Pinzas anatómicas, y quirúrgica, tijeras, pocillo, gasas estériles.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Agentes regeneradores de tejido (Alginatos, apósitos de carboximetilcelulosa, etc).
- Agentes debridadores (Hidrogel)
- Vendas.
- Jeringas de 10 cc estéril.
- Tela adhesiva.
- Guantes estériles.
- Paño estéril perforado.

- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.
- Material de registro.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavarse las manos.
2. En caso de que existan apósitos retirarlos con suavidad y observar las condiciones en que se encuentran (tipo de secreción).
3. Lavarse las manos.
4. Ponerse los guantes.
5. Realizar valoración de heridas de pie diabético según pauta de registro.
6. Si la herida se encuentra limpia, irrigarla con suero fisiológico, retirar el exceso con una gasa estéril, aplicar el apósito adecuado para la herida y cubrir.
7. Si la herida esta infectada, limpiarla con gasa estéril con suero fisiológico, desde el área limpia de la herida, al área sucia.
8. Utilizar la gasa solo una vez y desecharla.
9. Cubrir con apósito y fijar.
10. Retirar el equipo.
11. Sacarse los guantes.
12. Poner cómodo al paciente.
13. Ordenar y despejar el área..
14. Desechar material y lavar (según normas de precauciones universales)
15. Registrar la actividad en la ficha de registro individual de valoración de herida de pie diabético.

#### **V. RECOMENDACIONES.:**

- En caso de cualquier duda, consultar La Guía Clínica de Curación Avanzada de Pie Diabético.
- La frecuencia de la curación dependerá tanto del estado de la herida como del apósito que se aplicará.

NOTA: ESTE PROCEDIMIENTO LO REALIZA SOLO ENFERMERA.

### 3.28. SUTURA

#### I. DEFINICION:

Técnica utilizada para la aproximación de los bordes de una herida voluntariamente programada por un profesional de la salud o a consecuencia de un traumatismo agudo y conseguir un proceso de cicatrización por primera intención.

#### II. EQUIPO:

- Camilla
- Lámpara portátil
- Mesa quirúrgica
- Paño estéril
- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos.
- Máquina de afeitar
- Pinzas anatómica y quirúrgica
- Porta-agujas
- Pinzas de mosquito rectas y curvas para hemostasia
- Tijeras recta y curva
- Ampollas de anestésico local
- Jeringa de insulina o tuberculina
- Mango bisturí , Hojas de bisturí
- Suturas con agujas triangular atraumáticas curva
- Seda de un 0 ó 00, cuero cabelludo
- Seda trenzada 4/0 ó 5/0 para la cara (en párpado 6/0),
- Seda 3/0 en brazos ó 4/0, cuello y espalda
- Puntos seda 3/0, y sutura intradérmica de 3/0 ó 4/0, mama 5/0, tórax y abdomen
- Apósitos, gasas, tela
- Suero fisiológico

- Antiséptico

### **III. PROCEDIMIENTO:**

1. Preparación de mesa con instrumental estéril y gasas estériles
2. Información y preparación del paciente
3. Colocación guantes estériles
4. Colocación paño estéril.
5. Anestesia local infiltrada, si precisa.
6. Lavado con solución salina de la lesión y zona perilesional.
7. Lavado con solución de clorhexidina 2% o povidona yodada 10% de la lesión y zona perilesional
8. Retirada de restos de antiséptico con lavado por arrastre con solución salina.
9. Paños estériles en el campo quirúrgico.
10. Rasurar la zona si procede.
11. Desbridamiento de tejido desvitalizado si procede
12. Realizamos hemostasia, si procede
13. Comprobación de la tensión existente entre los bordes
14. Con la pinza quirúrgica sujetamos el borde de la herida y levantamos unos milímetros
15. Con la aguja curva en el porta aguja de la mano dominante y con la punta perpendicular a la piel y presión firme, la introducimos a unos 3mm del borde.
16. La forma de coger el porta-aguja es tomándolo con el dedo índice extendido que sirve de apoyo. La mano debe girar a nivel de la muñeca siguiendo la dirección de la aguja.
17. Tras pasada la aguja por todo el tejido, se quita el porta y con el se estira desde la punta de la aguja haciendo pasar la sutura.
18. Con la pinza quirúrgica se sujeta el borde contrario de la herida levantando este unos mm del lecho de la lesión.
19. Realizamos la misma técnica que los 4 puntos anteriores, pero desde el interior de la herida.

20. Se procede a la técnica de anudado
21. Coger con la mano izquierda el extremo distal de la sutura con la parte distal del porta-agujas, dar 2 ó 3 vueltas a la sutura y coger con el porta el extremo distal sujeto con la mano.
22. Deslizar sobre este último el entrelazado del porta y tirar de ambos extremos firmemente y hacia un lado de la unión de los bordes, para que el nudo no quede sobre esta unión.
23. Realizar la misma maniobra en sentido contrario, haciendo un nudo inverso al anterior.
24. Los nudos deben estar alineados en el mismo lado derecho o izquierdo de la incisión.
25. Al finalizar una sutura debe valorarse el resultado, si no es el ideal se puede retirar algún punto y realizarlo de nuevo.
26. Limpiar la zona de restos de sangre.
27. Limpiar con solución salina
28. Colocar apósito en zona suturada
29. Protección antitetánica, si precisa
30. Eliminamos material punzante en contenedor de residuos biológicos

#### **IV. RECOMENDACIONES:**

- Solicitar hora a curaciones 48 horas después de realizado el procedimiento
- Evaluar signos de infección.

### **3.29. RETIRO DE PUNTOS.**

#### **I. DEFINICION:**

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

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

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

#### **III. EQUIPO:**

Bandejas que contengan:

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

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

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

#### **V. RECOMENDACIONES:**

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

### **3.30. INMOVILIZACION.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la prevención del desplazamiento de un hueso o de una articulación lesionada mediante la utilización de otro segmento anatómico o una férula, con la finalidad de evitar complicaciones post traumáticas, así como también reducir el dolor.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

- Informar procedimiento a realizar
- Apoyo emocional

### **III. EQUIPO:**

Dependerá de la zona afectada. Se detallara en cada procedimiento

### **IV. PROCEDIMIENTO:**

#### **Mandíbula:**

1. Utilizar venda gasa para realizar procedimiento.
2. Cortar 2 trozos de venda gasa de aproximadamente 80 cm de largo por 10 cm de ancho.
3. Pasar la primera venda gasa bajo el mentón del paciente en diagonal por sobre los pabellones auriculares y anudar sobre la cabeza.
4. Pasar la segunda venda gasa bajo el mentón del paciente en línea recta sobre las mejillas y anudar sobre la cabeza.

#### **Cuello:**

1. Utilizar el collar cervical para inmovilizar.
2. Seleccionar el tamaño del collarín.
3. Tirar suave y firmemente de la cabeza del paciente, alineándola, si es necesario, con el eje de la columna.
4. Colocar el collar cervical con la parte escotada bajo la barbilla, fijando el velcro.
5. Si no hay collar cervical, se puede improvisar con cartón envuelto en gasa.

#### **Hombros y escápulas:**

1. Rellenar el espacio entre el brazo y el cuerpo con algodón.
2. Colocar el antebrazo en ángulo con el brazo y sostener aquél con un cabestrillo, con la palma de la mano hacia dentro.
3. Vendar al cuerpo, sin comprimir.

#### **Brazos:**

1. Dos férulas: una en el lado interno, de codo a axila; otra en el externo. Ambas deben sobresalir por debajo del codo.

- Sujetar con vendas, por encima y debajo de la lesión.
- Colocar el antebrazo en cabestrillo con la palma de la mano hacia dentro.
- Vendar al cuerpo, rellenando los huecos entre el brazo y el cuerpo.

#### **Codo:**

1. Inmovilizar en la posición en que se encuentre.
  - **En línea recta:** Férula en cara anterior, desde axila a palma de la mano, y fijar con venda.
  - **En ángulo:** Colocar el antebrazo en cabestrillo.

#### **Antebrazo:**

1. Alinear si es necesario.
2. Colocar el codo en ángulo recto con el pulgar hacia arriba. Dos férulas, que vayan desde el codo a la raíz de los dedos, una sobre la cara anterior, de forma que descansa en ella la palma de la mano; la otra sobre la cara posterior.
3. Vendar.
4. Sostener el antebrazo con un cabestrillo.

#### **Muñeca:**

1. Igual que en antebrazo.
2. En caso de esguince, se puede vendar.

#### **Mano:**

1. El paciente sostiene un rollo de venda, para mantener los dedos en semiflexión.
2. Férula desde el codo hasta los dedos, con la palma de la mano apoyada sobre ella.
3. Vendar.
4. Sostener el antebrazo con un cabestrillo.

#### **Dedos:**

1. Con férula de aluminio maleable, desde mitad del antebrazo al extremo del dedo, fijándola con un vendaje. El dedo debe quedar semiflexionado.

2. También se puede inmovilizar al dedo vecino sano con una venda.
3. Sostener la mano en cabestrillo.

### **Costillas:**

1. No es necesario inmovilizar en caso de lesión o fractura de una sola costilla. Colocar al paciente en la posición en que se encuentre más cómodo, semisentado o acostado sobre el lado lesionado.
2. En caso de fractura múltiple, inmovilizar colocando un almohadillado sobre la zona fracturada y vendar alrededor del pecho.

### **Columna vertebral:**

1. La idea fundamental es mantener inmóvil al paciente evitando que doble o flexione la espalda
2. Inmovilice el cuello.
3. Para manejar al paciente, ayúdese de al menos dos personas más. Una de ellas le mantendrá bien sujeta la cabeza.
4. Inmovilice los pies con una venda triangular o venda normal.
5. Mover en bloque, girándolo sobre un lado con el fin de colocarlo sobre una superficie plana y rígida, en la que le inmovilizaremos.

### **Cadera y fémur:**

1. Colocar al paciente sobre su espalda, intentando alinear la pierna fracturada respecto a la sana tirando ligeramente del pie.
2. Almohadillar axila, cadera, ingle, rodillas y tobillo.
3. Disponer ocho vendas, seis para la pierna y dos para el tronco.
4. Colocar dos férulas, una por la cara externa, de axila al talón; otra por la cara interna, de ingle al talón. Fijarlas con las vendas.
5. Si no disponemos de férulas, vendar el miembro inferior lesionado junto al otro, rellenando los huecos entre ambos con una manta o con almohadas

**Rodilla:**

1. Alinear la pierna, si es posible.
2. Inmovilizar con férula posterior, desde el talón hasta el glúteo, almohadillando debajo de la rodilla y el talón.
3. Fijar con vendas, sin cubrir la rodilla.

**Pierna:**

1. Alinear la pierna, tirando suavemente.
2. Inmovilizar de la siguiente forma:
  - Férula posterior, desde el talón hasta el glúteo, manteniendo el tobillo en 90 grados.
  - Dos férulas, una por la cara externa y otra por la interna de la pierna, desde el talón hasta el muslo.
  - Férula por la cara externa: rellenar el hueco entre ambas piernas
3. Fijar con vendas

**Tobillo y pie:**

1. Extraiga el calzado, desabrochándolo o cortándolo, sin intentar sacarlo tirando de él.
2. Inmovilizar igual que pierna.

**Dedos del pie:**

1. Fijar con los dedos vecinos. No apoyar el adhesivo sobre la fractura.

### 3.31. OXIGENOTERAPIA

#### I. DEFINICION:

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofrecer una mayor disponibilidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.

#### II. EQUIPO:

1. Naricera, mascarilla de oxígeno, mascarilla de alto flujo, mascarilla con reservorio
2. Conexiones.
3. Balón de oxígeno, manómetro, flujómetro.
4. Humidificador

#### III. PROCEDIMIENTO:

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo.
2. Verificar la orden médica (cantidad y Flujo)
3. Lavarse las manos.
4. Verificar el funcionamiento del Balón oxígeno (cantidad suficiente)
5. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo.
6. Conectar el flujómetro al balón de oxígeno y verificar el funcionamiento del flujo y del humidificador.
7. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito.
8. Conectar el equipo de oxigenación prescrito con el humidificador y el flujómetro.
9. Abrir la llave de Oxígeno.
10. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si es curva se debe conectar hacia abajo en dirección hacia el piso de las fosas nasales.
11. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.
12. Si se usa mascarilla colocarlo sobre la nariz boca y mentón ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza.
13. Comprobar el flujo de oxígeno.

14. No cerrar los agujeros de las mascarillas.

15. Lavarse las manos.

16. Registrar procedimiento.

### **RECOMENDACIONES:**

- Evite lesiones en la mucosa nasal. Evite la fricción ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno.
- Fijar la naricera y que no se deslice por movimientos.

## **3.32. NEBULIZACIONES**

### **I. DEFINICION:**

La nebulización permite la administración terapéutica de partículas de agua o medicamento mediante la presión de Oxígeno o aire en forma de vapor.

### **II. EQUIPO**

- Balón de oxígeno, manómetro, flujómetro
- Conexión de Oxígeno
- Oxímetro de Pulso
- Set de Nebulización
- Suero Fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento.

### **III. PROCEDIMIENTO**

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
2. Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno.
3. Lavado de manos.
4. Tomar Saturación de Oxígeno inicialmente.
5. Colocar el nebulizador (con medicamento mas suero fisiológico según indicación médica) y administrar el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts

6. Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.
7. Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos.
8. Después de terminada las nebulizaciones indicadas esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma Saturación de Oxígeno.
9. Registrar el procedimiento.

### **3.33. AEROSOLTERAPIA.**

#### **I. DEFINICION:**

Administración de fármacos por vía inhalatoria con fines terapéuticos.

#### **II. EQUIPO:**

- Aerosol según indicación médica.
- Aerocamara pediátrica o de adulto.

#### **III. PROCEDIMIENTO:**

1. Lavar las manos.
2. Informar al paciente del procedimiento a realizar, pidiendo su colaboración.
3. Colocar al paciente en posición de Fowler.
4. Agitar el inhalador fuertemente y en posición vertical.
5. Ajustar el inhalador al orificio de la aerocamara.
6. Acoplar el orificio de la cámara a la boca y nariz del paciente indicándole que debe mantener ésta en posición horizontal.
7. Presionar el inhalador para liberar una dosis del fármaco.
8. Indicar al paciente que debe inspirar y espirar lenta y profundamente por la boca (10 segundos).
9. Realizar paso 7 y 8 según indicación médica.
10. Retirar el inhalador y taparlo adecuadamente al finalizar.
11. Indicar al paciente que enjuague la boca al finalizar.

### **3.34. ASPIRACION DE SECRECIONES.**

#### **I.DEFINICION:**

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

#### **II.EQUIPO:**

- Un equipo de aspiración
- Dos envases para agua estéril
- Una sonda de aspiración
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla

#### **III. PROCEDIMIENTO:**

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
2. Verificar el funcionamiento del equipo que esté listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.
3. Lavado de manos
4. Colocarse los guantes estériles.
5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.
6. Repetir no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración
7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.
8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia)
9. Apagar el equipo de Aspiración, eliminar la sonda y gasas.
10. Retirar los guantes.
11. Dejar cómodo al paciente y Realizar notas de enfermería

#### **IV. RECOMENDACIONES:**

La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.

### **3.35. ELECTROCARDIOGRAMA POR TELEMEDICINA**

#### **I. DEFINICION:**

Un electrocardiograma es una prueba que registra la actividad eléctrica del corazón. Es el registro gráfico de los latidos cardíacos producido por un electrocardiógrafo.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

Preparación psicológica del paciente, explicarle que no causa dolor, para lograr adecuada cooperación.

#### **II. EQUIPO:**

- Gel o sustancia lubricante
- Equipo de EKG con sus respectivos electrodos
- Toalla de papel.
- Gasas o tómulas de algodón.

#### **III. PROCEDIMIENTO:**

1. El paciente debe estar en posición de decúbito dorsal, en un lugar tranquilo y cómodo, para que no se altere la actividad cardíaca.
2. Descubrir la zona en que se colocarán los electrodos y el tórax, así se evitará interferencias en el trazado por temblor o frío. Abrigar el resto del cuerpo, quitar el reloj.
3. Limpiar la piel del tórax con una tómula de algodón con alcohol, para eliminar la capa córnea y así disminuir la resistencia eléctrica.
4. Marcar los puntos precordiales para las distintas derivaciones para registrar la actividad eléctrica del corazón.
  - V1: Borde esternal derecho, 4° espacio intercostal.

- V2: Borde esternal izquierdo, 4° espacio intercostal.
- V3: Punto medio y equidistante entre V2 y V4.
- V4: Línea media clavicular, 5° espacio intercostal.
- V5: Línea axilar anterior y el mismo plano horizontal del punto 4.
- V6: Línea axilar media y mismo plano horizontal anterior.





#### 5. Preparación del electrocardiógrafo:

- Verificar que el equipo esté completo.
- Conectar a la máquina el conjunto de cables que van al paciente.
- Colocar las pinzas en ambos antebrazos y en las extremidades inferiores en el tercio medio de la pierna.
- Verificar que las pinzas no estén sobre superficies óseas. Las superficies óseas dificultan la conducción eléctrica.
- Verificar que los cables estén ubicados de acuerdo a su nomenclatura. La nomenclatura por lo general viene en inglés debido a que son equipos importados (LA: brazo izquierdo RA: brazo derecho, LL: pierna izquierda, LR: pierna derecha.)

#### 6. Registro del trazado ECG.

- encender ( se prende la luz)
- Indicar al paciente que se relaje, no se mueva y respire en forma normal.
- El registro sale así:
  - Derivaciones bipolares D1-D2-D3
  - Derivaciones unipolares AVR-AVL-AVF
  - Derivaciones precordiales V1-V2-V3-V4-V5-V6
- Retirar el papel y registra los datos del paciente: Nombre, edad, ubicación, fecha y hora.
- Desconectar al paciente, retirar las pinzas, limpiar la piel y dejar el equipo ordenado y en su lugar.
- Registrar en libro de ingresos para estadística.

### **Toma de electrocardiograma con Telemedicina:**

1. Realizar los pasos del 1 al 5.
2. Conectar cable de las derivaciones al equipo Cardiette.
3. Encender el equipo moviendo el botón del costado izquierdo y presionando el botón  que está en la parte superior del equipo.
4. Se encenderá la luz que esta con el dibujo del trazado (  ) y la luz que aparece en el botón del reloj, el que indique 2,5 segundos.
5. Para tomar el electrocardiograma se debe presionar el botón .
6. Para corroborar que se está tomando el electrocardiograma comienza a parpadear la luz del icono del trazado, (  ) cuando esta luz se apaga y se enciende la que indica el tiempo 2,5, significa que ya se ha registrado el electrocardiograma.
7. Para corroborar que el electrocardiograma se registro se debe presionar el botón con el icono que aparece un auricular de teléfono.
8. Para enviarlo se debe llamar al 800470911, opción nº1 y dar nombre del Centro de Salud y código.
9. Colocar auricular del teléfono en el audífono del equipo y enviar, presionando el botón donde aparece el auricular de teléfono.
10. Al finalizar el envío, el operador solicita el rut del paciente, patologías de base, si esta conforme la recepción, ellos entregan un nº de folio.
11. El informe es. analizado por un cardiólogo quien informa el examen. Si se pesquisa una patología de urgencia el trazado es enviado vía fax y el cardiólogo se comunica directamente con el médico de turno, de lo contrario el informe se envía por correo electrónico.

### **3.36. INSTALACION Y RETIRO DE HOLTER DE PRESION ARTERIAL (MAPA)**

#### **I. DEFINICION:**

Obtener registro de PA en 24 hrs. de buena calidad para lectura y análisis de datos necesarios para que cardiólogo de ITMS realice informe.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS:**

El paciente debe traer para realizar su examen, certificado de residencia, fotocopia de carnet de identidad por ambos lados y orden medica de examen.

#### **III. EQUIPO:**

- Equipo M.A.P.A
- Pilas alcalinas AA (2 unidades)
- Computador con conexión a internet
- Programa Pit Mobile MAPA 2.0

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

##### **Instalación:**

1. Abrir programa PIT MOBILE MAPA 2.0
2. Poner 2 pilas AA Duracell nuevas al equipo
3. Conectar el cable con el equipo
4. Encender equipo, aparecerá un numero que indica la carga de las pilas, esta debe ser mayor a 3.10
5. Conectar equipo a PC con el cable ad-hoc
6. Borrar mediciones anteriores
7. Sincronizar equipo y desconectar
8. Asegurarse de tener todos los datos necesarios para enviar el examen (peso, talla, contorno de cintura, antecedentes)
9. Explicar procedimiento al paciente
10. Medir contorno de brazo al paciente para seleccionar el manguito correcto
11. Instalar manguito, conectar a equipo

12. Insistir al paciente indicaciones de no desconectar, no presionar ningún botón, mantener el brazo estirado y no moverse mientras el manguito se esta insuflando.
13. Entregar formulario para registro de datos necesarios para el examen, horario de comidas, de descanso, medicamentos, etc.
14. Pedir al paciente que firme formulario de compromiso de devolución del equipo.

### **Retiro y envío del examen**

1. Apagar el equipo y retirar manguito.
2. Informar al paciente donde y cuando retirar su examen
3. Encender equipo
4. Conectar equipo a PC con cable ad-hoc.
5. Abrir programa PIT MOBILE MAPA 2.0
6. Hacer click sobre icono descargar dispositivos
7. Pinchar opción siguiente en ventana desplegada.
8. Seleccionar puerto con el número más alto dentro de las opciones que el programa permite, en el costado superior derecho de la pantalla.
9. Iniciar descarga de dispositivo
10. Marcar opción siguiente en la nueva pantalla que aparece, en caso de querer destacar algún evento asociado a alguna hora específica, esto debe ser realizado en este momento y en esta pantalla antes de seleccionar la opción siguiente.
11. Llenar datos que pide la nueva pantalla, no olvidar aquellos datos que son obligatorios (asterisco), ya que sin ellos el examen no podrá ser enviado. Seleccionar opción aceptar.
12. Seleccionar opción enviar examen.
13. Registrar número de folio de examen enviado.
14. Al día siguiente volver a abrir el programa y consultar exámenes informados para imprimir resultado.

### **3.37. HEMOGLUCOTEST.**

#### **I. DEFINICION:**

Es la determinación fiable, rápida y cómoda de los niveles de glicemia.

#### **II. EQUIPO:**

- Maquina para tomar glicemia capilar
- Tira reactiva.
- Aguja o lanceta.
- Guantes.
- Tórnulas de algodón seco.

#### **IV. PROCEDIMIENTO:**

1. Informar el procedimiento a efectuar.
2. Lavarse las manos.
3. Preparar la máquina para toma de glicemia capilar
4. Presionar tecla ON/OFF.
5. Verificar que el código del contenedor de tiras reactiva coincida con el N° del Código de la pantalla.
6. Lavarse las manos.
7. Colocarse los guantes.
8. Limpiar con tórula el dedo a puncionar
9. Puncionar la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.
10. Colocar una gran gota de sangre en el extremo externo de la tira reactiva.
11. Dejar la tira reactiva en esta posición hasta que aparezca el resultado.
12. Colocar una tórula de algodón seca en la zona de la punción, durante unos segundos.
13. Eliminar la tira reactiva y el material de desecho.
14. Retirarse los guantes.
15. Lavarse las manos.

### **3.38. COMBUR TEST.**

#### **I. DEFINICION:**

El Combur Test es una tira de ensayo para la determinación semicuantitativa en orina de una serie de parámetros como son el pH, los leucocitos, la glucosa, proteínas, nitritos, sangre, etc

#### **II. EQUIPO:**

- Tiras reactivas
- Guantes procedimientos

#### **III. PROCEDIMIENTO:**

1. Identificar al paciente.
2. Informarle el procedimiento a efectuar.
3. Lavarse las manos.
4. Entregar guantes de procedimientos al paciente.
5. Indicar al paciente que orine en el baño, eliminando el primer chorro de orina y luego el segundo chorro debe humedecer totalmente los indicadores de la cinta reactiva.
6. Indicar al paciente que una vez terminado el procedimiento debe dirigirse con la tira a la sala de procedimientos para que su resultado pueda ser interpretado.
7. recibir tira reactiva con guantes de procedimiento e interpretar y anotar resultado
8. Eliminar la tira reactiva y el material de desecho.
9. Retirarse los guantes y lavarse las manos.

## **4. NORMAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS UNIVERSALES**

## **4.1 LAVADO DE MANOS.**

### **I. DEFINICION.**

Es la técnica básica utilizada para prevenir la transmisión de infecciones por vía manual.

### **II. CONDICIONES PREVIAS.**

Disponer de jabón, agua limpia y corriente de preferencia potable.

### **III.EQUIPO.**

- Jabón antiséptico (de preferencia líquido)
- Toalla desechable.

### **IV.PROCEDIMIENTO.**

1. Subirse las mangas hasta el codo, retirar reloj, anillos, etc.
2. Abrir llave del agua.
3. Mojarse las manos.
4. Jabonar la llave.
5. Aplicar jabón en las dos manos, cuatro dedos sobre pliegue de la muñeca, dándole especial atención a espacios interdigitales y uñas. El jabón debe permanecer en las manos de 15 a 30 segundos. Las manos se conservan mas abajo que los codos, para evitar contaminación desde el antebrazo.
6. Frotar efectuando movimiento de rotación y fricción.
7. Entrelazar los dedos y frotar los espacios interdigitales moviendo sus dedos hacia arriba y hacia abajo hasta tener espuma.
8. Enjuagar por dos veces las manos.
9. Cerrar la llave con la toalla desechable cuando corresponda, sin tocar perilla.
10. Desechar la toalla.

## **V. RECOMENDACIONES.**

Esta técnica se realizara al inicio y término de cada procedimiento y las veces que sea necesario, de acuerdo a los requerimientos de atención de cada paciente.

Se recomienda uso de loción o crema al final de la jornada de trabajo.

En caso de tener lesiones o manos agrietadas, se recomienda el uso permanente de guantes durante la jornada laboral.

### **4.2. COLOCACION DE GANTES ESTERILES.**

#### **I. DEFINICION.**

Procedimiento utilizado para disminuir la transmisión de infecciones desde y hacia el usuario.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS.**

- Conocer las precauciones universales sobre el uso de guantes.
- Lavarse las manos según técnica.
- Contar con stock suficiente de guantes, de diferentes tamaños.

#### **III. EQUIPO.**

- Guantes estériles, de tamaño adecuado.
- Deposito para desechos.

#### **IV. PROCEDIMIENTO.**

1. Lavarse las manos según técnica.
2. Abrir el paquete de guantes (o el ayudante puede presentarlo).
3. Tomar el primer guante por su cara interna, es decir por la cara o lado que estará en conexión con la piel de las manos. Los guantes estériles se presentan con la cara invertida por lo que pueden tomarse por ella.
4. Colocar el primer guante.

5. Para el segundo se toma con la mano ya enguantada tomándolo por su cara externa, es decir, por el pliegue de la cara. De esta forma la mano enguantada no toca la cara interna.
6. Colocar el segundo guante.
7. Acomodar el doble del segundo guante con la segunda mano tocando el pliegue de la cara y sin tocar la cara interna del guante.
8. **Para retirar** el primer guante tomar el borde de la caña, dar vuelta completamente y desechar.
9. Para retirar el segundo guante, tomarlo por la cara interna y dar vuelta completamente y desechar. Lavar y secar las manos.

## **V. RECOMENDACIONES.**

- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Se debe disponer de una cantidad adecuada para los procedimientos que lo requieran.
- Los guantes pueden ser de goma, plástico o polietileno, y deben estar indemnes.
- Deben usarse en forma individual para cada paciente.
- Evitar contaminación del guante durante el proceso

### **4.3. COLOCACION DE MASCARILLA.**

#### **I. DEFINICION.**

Este procedimiento sirve para prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire, y cuya puerta de entrada o salida es el aparato respiratorio.

#### **II. CONDICIONES PREVIAS.**

- Conocer el procedimiento que requiere su uso.
- Lavarse las manos según técnica.
- Disponer de stock suficiente.

#### **III. EQUIPO.**

- Mascarilla, desechables en lo posible.
- Deposito para desechos.

#### **IV. PROCEDIMIENTO.**

Para colocarse:

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse mascarilla cubriendo la nariz y boca, luego amarrada tomando solamente las tiras.
3. Moldear a la altura de la nariz para que quede cómoda y segura.

#### **Para retirar.**

1. Desabrochar las tiras.
2. Eliminar la mascarilla.
3. Lavarse las manos.

## **V. RECOMENDACIONES.**

- Las mascarillas deben ser de un solo uso y de material que cumplan con requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para ser una barrera efectiva.
- Las mascarillas de género son ineficaces, con la respiración se humedecen en pocos minutos perdiendo su efectividad.
- La mascarilla no debe tocarse con las manos no colgarse al cuello mientras se lleve puesta.
- El mal uso de la mascarilla o su uso inadecuado aumenta la posibilidad de transmisión de microorganismos y da una falsa impresión de seguridad.

## 4.4. COLOCACIÓN DE DELANTAL.

### I. DEFINICIÓN

Procedimiento que permite establecer una barrera mecánica entre la persona que lo usa y el paciente.

### II. CONDICIONES PREVIAS

- Conocer los procedimientos en los cuales se usa.
- Lavado de manos.
- Stock suficiente.

### III. EQUIPO

- Delantales.
- Percheros o colgador para delantal.

### IV. PROCEDIMIENTO

#### Para la colocación:

1. Lavarse las manos.
2. Tomar el delantal por el cuello evitando que toque el piso, muebles o muros.
3. Colocar manipulando solo la ara interna.
4. Amarrar las tiras del cuello y cintura cubriendo totalmente el uniforme.

#### Para retirar:

1. Realizar lavado de manos.
2. Desabrochar las tiras de la cintura.
3. Desatar las tiras del cuello.
4. Retirar el delantal sacando la primera manga introduciendo el dedo de la otra mano.
5. Sacar la segunda manga usándola primera para ayudar a deslizarla.
6. Doblar el delantal tomándolo por el cuello u colgar dejando protegida la cara contaminada.

## V. RECOMENDACIONES

- El delantal debe ser de un género que permita procesarlo cada vez que sea necesario y de modelo escote a ras de cuello, mangas largas hasta el puño o corta hasta el codo, puño elástico o similar.
- Largo hasta las rodillas y ancho que permita cubrir totalmente la espalda. El modelo más recomendado es abierto atrás.

### 4.5. PRECAUCIONES UNIVERSALES CON SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.

#### I. DEFINICIÓN Y CLASIFICACION DE FLUIDOS CORPORALES

Se entiende por fluidos corporales a todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo. Estos se dividen en fluidos de ALTO y BAJO RIESGO.

1. **Fluidos corporales de alto riesgo:** Son aquellos que se han involucrado en la transmisión de enfermedades y por lo tanto frente a ellos se deben aplicar siempre precauciones universales.

Ellos son los siguientes: sangre, semen, secreciones vaginales, líquidos de cavidades estériles: amniótico, cefalorraquídeo, etc.

2. **Fluidos corporales de bajo riesgo:** Son aquellos con los cuales el riesgo de infectarse es extremadamente bajo o inexistente y en los cuales para manipularlos no se requieren más medidas de protección que las acostumbradas a excepción de los casos que tengan sangre visible.

Estos son: deposiciones, lagrimas, secreciones nasales, transpiración, expectoraciones, orina y vomito.

## II. MEDIDAS RUTINARIAS QUE DEBEN APLICARSE EN LA ATENCION

1. **Uso de guantes:** en cada procedimiento en el cual se manipule sangre u otro fluido corporal de alto riesgo deben usarse guantes. Los guantes deben cambiarse entre pacientes y cada vez que se rompan. Estos deben ser estériles si el procedimiento así lo requiere como parte de la técnica aséptica. En caso contrario basta con que sean limpios.  
Por principio, para realizar cualquier punción venosa deben usarse guantes.
2. **Uso de mascarilla y anteojos protectores:** estos implementos se deben usar en aquellos procedimientos en que existe riesgo de salpicaduras de sangre (hemorragias, curaciones).
3. **Uso de pechera impermeable:** debe usarse en todos los procedimientos en los cuales con frecuencia se producen derrames o salpicaduras de sangre u otro fluido corporal de alto riesgo sobre la ropa (hemorragias, curaciones).
4. **Uso de contenedor para material biológico contaminado no cortopunzante:** debe usarse en toda unidad en donde se generen desechos biológicos (unidad de toma de muestra, urgencia, curaciones) estos desechos no pueden ser eliminados a la basura común, por lo que deben ser depositados en bolsas destinadas a desechos biológicos de alto riesgo para su posterior incineración
5. **Recomendación:** si durante la atención de cualquier paciente, las manos o la piel de las personas que lo atienden entran en contacto con sangre o fluidos corporales, estas deben lavarse de inmediato con abundante agua y jabón.  
Las manos siempre deben lavarse después de sacarse los guantes.

### III. PRECAUCIONES QUE DEBEN TOMARSE PARA EVITAR LESIONES CAUSADAS POR MATERIAL CORTOPUNZANTE

1. **Material desechable:** uso de agujas de bisturí desechables en todos los pacientes, los que en ningún caso se reutilizaran en otro paciente. Todo este material debe ser desechado en cuanto cese su uso.
2. **Manipulación de agujas:** en ningún caso las agujas serán recapsuladas, dobladas o quebradas intencionalmente manipuladas directamente con las manos. En las jeringas desechables las agujas se desechan junto con las jeringas. Si se usan jeringas de vidrio, las agujas serán removidas con pinza para ser desechadas. Debe procederse al uso de jeringas desechables en todo caso, por sus ventajas y seguridad para el paciente.
3. **Hojas de bisturí y otro material cortante:** al manipular este material debe tenerse especial cuidado para evitar lesionarse con él. Al desarmar el bisturí, la hoja debe desmontarse del mango con la pinza, en ninguna circunstancia con las manos.
4. **Eliminación del material desechable:** este material una vez usado, debe eliminarse en un recipiente especial resistente a las punciones (vidrio, metal). El contenido de los recipientes no debe ser sacado de su interior, eliminando ya sea mediante relleno sanitario o a través del incinerador casero cuando el material del recipiente sea fundible.