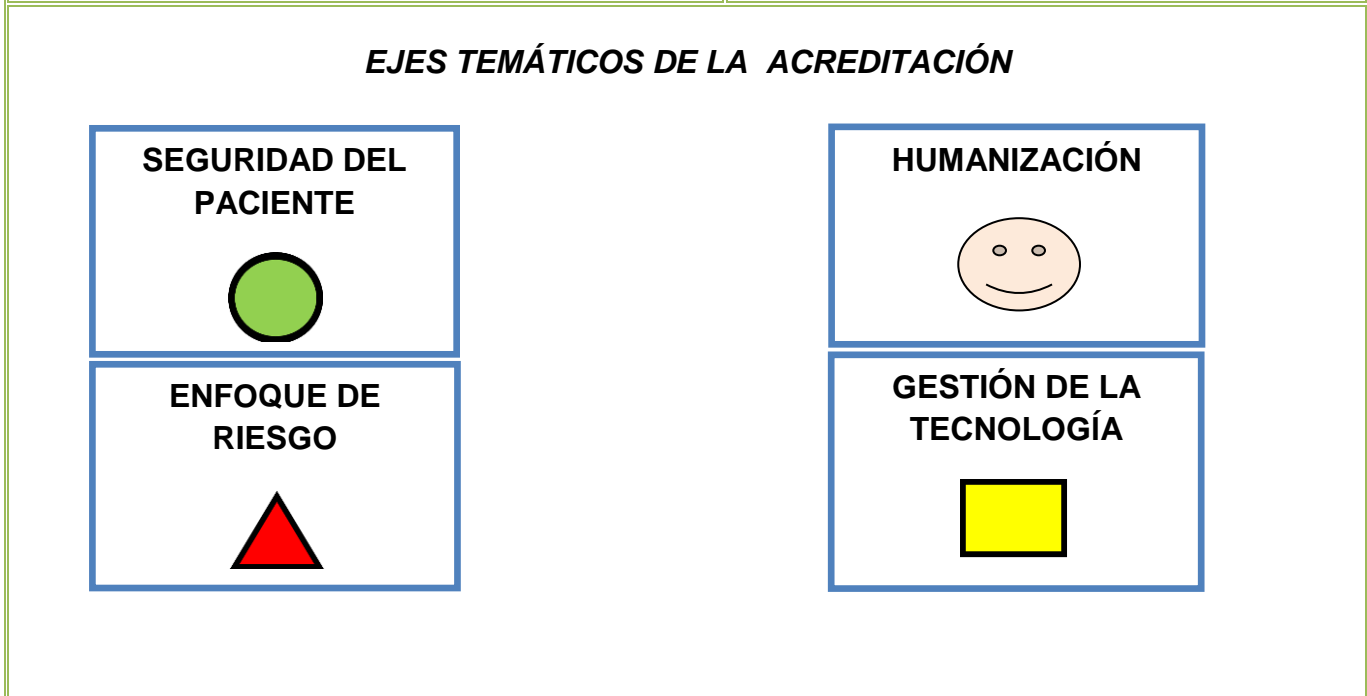


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 1 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
------------------------------	----------------------	-------------------------------	------------------------

MANUAL DE ENFERMERIA

UBICACIÓN: Todos los servicios	REFLEXIÓN: <i>“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”</i> Florence Nightingale
FECHA DE PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN: Marzo del 2019	



Elaboró: Enfermería	Revisó: Calidad	Aprobó: Comité de Archivo
---------------------	-----------------	---------------------------

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 2 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVO	4
GLOSARIO	4
ALCANCE	5
DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES	6
PROTOCOLO: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	6
PROTOCOLO INGRESO DEL PACIENTE Y VALORACION INICIAL.....	16
PROTOCOLO AISLAMIENTO DE PACIENTES.....	28
PROTOCOLO TOMA DE SIGNOS VITALES.....	44
PROTOCOLO DE VENOPUNCION.....	63
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.....	75
PROTOCOLO DE CONTROL DE LÍQUIDOS	105
PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA.....	113
PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS	121
PROTOCOLO PREVENIR ULCERAS POR PRESIÓN.....	132
PROTOCOLO MANEJO DE HERIDAS	145
PROTOCOLO HIGIENE Y CONFORT EN EL PACIENTE	155
PROTOCOLO EGRESO DEL PACIENTE	164
PROTOCOLO SUJECIÓN O INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA	174
PROTOCOLO PASO DE SONDA VESICAL	181
PROTOCOLO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE ENFERMERÍA.....	200

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 3 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROTOCOLO REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA.....	207
PROTOCOLO PREPARACIÓN DE FORMULAS LÁCTEAS	223
PROTOCOLO: TRASLADO DE PACIENTES SERVICIO ASISTENCIAL BASICO	232
PROTOCOLO CONTROL CARRO DE PARO	244
PROTOCOLO DE RETIRO DE PUNTOS	262
PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE DIU	268
PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO.....	279
PROTOCOLO DE EXAMEN DE SENO.....	306
MECANISMO DE VERIFICACION Y ADHERENCIA	315
BIBLIOGRAFÍA.....	315
ANEXOS.....	315

INTRODUCCIÓN



El objetivo de este Manual es el de protocolizar todas las acciones que realiza el personal de enfermería en Red Salud Armenia ESE, durante la prestación del servicio, entendiendo, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, sino una guía para la práctica diaria, sujeta a cuantos cambios sean necesarios de acuerdo a los nuevos avances científicos.

Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos de Enfermería son:

- Sirven para unificar criterios.
- Mejoran el aprovechamiento de los recursos.
- Guían al personal en su quehacer diario.
- Son base para el control de calidad.

Indudablemente su implantación debe marcar unas pautas o guías de obligatorio cumplimiento para todo el personal de enfermería que labora en Red Salud Armenia ESE, a la vez que un compromiso de análisis crítico continuo mediante el pensamiento científico profesional y técnico, que garantice su revisión constante y actualización, razón sin la cual no

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 4 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

tendría sentido alguno.

JUSTIFICACIÓN



El siguiente manual, se justifica con el fin de tener una guía práctica de procedimientos en el área de intervención de enfermería, pretendiendo ser un instrumento de trabajo útil, para sistematizar conceptos y unificar criterios en los cuidados de enfermería, lo que sin duda permitirá, que los pacientes reciban la mejor atención posible.

Este manual es el resultado de la dedicación y el trabajo del personal de enfermería de Red Salud Armenia ESE, que se han esmerado en actualizar los conocimientos existentes, detrás de cada técnica, con la única ambición de que sea considerado una referencia en la práctica diaria de dicho sector.

No podría abordar en su totalidad, en esta justificación, la importancia y significado que adquiere en múltiples aspectos, dicho manual de procedimientos para el ejercicio de nuestra profesión, pero es valioso destacar que ello nos facilitara una organización en donde cada enfermero pueda sentirse autónomo, asumiendo la responsabilidad de brindar cuidados seguros e integrales, favoreciendo a la calidad de los cuidados.

OBJETIVO



- Divulgar los lineamientos e instrumentos de evaluación que garanticen una atención integral, oportuna y humanizada.
- Desarrollar conocimientos y habilidades que permitan al personal de enfermería dar atención en forma oportuna, eficiente y segura a los usuarios de la institución.

GLOSARIO



VERIFICACIÓN CRUZADA: Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de la pulsera de identificación

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 5 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

BIOSEGURIDAD: se define como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, ocupacional e individual que garantizan el control del Riesgo Biológico. Las actividades de bioseguridad están encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud y los usuarios de adquirir infecciones en el medio asistencial.

PRECAUCIONES ESTANDAR: Engloban a las antiguas precauciones universales y aislamiento de sustancias corporales, y tienen como objetivo de reducir el riesgo de transmisión por vía hemática y otro tipo de patógenos en los hospitales. Se debe utilizar en el cuidado de los pacientes, entre procedimiento y procedimiento, y entre paciente y paciente. Las medidas aceptadas por la CDC, reconvertirlas a estas precauciones estándar y que no requieren precauciones adicionales son:

1. Lavado de manos antes de todo contacto con paciente y después de tocar sangra, líquidos corporales, secreciones, excreciones y artículos contaminados, se usen o no guantes.
2. Uso de guantes para tocar sangre, líquidos corporales, secreciones, excreciones y artículos contaminados con estas secreciones.
3. Uso de mascarilla, protectores oculares, para protegerse la mucosa de los ojos, las vías nasales y a boca durante procedimientos y tareas directa, en las que puedan generarse salpicaduras o gotitas de sangre, líquidos corporales, secreciones o sustancias eliminadas.
4. Llevar bata (limpia, no estéril) para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa.
5. Material/equipo utilizado en el cuidado del paciente de manera que se evite el contacto con la piel y mucosas.

ALCANCE




Todos los servicios de Red Salud Armenia ESE donde realice procedimientos el personal de enfermería en relaciona a la atención directa de la prestación del servicio.

COMPONENTES



- Protocolo de identificación del paciente.
- Protocolo de ingreso del paciente
- Protocolo de aislamiento del paciente
- Protocolo de signos vitales

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 6 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Protocolo de venopuncion
- Protocolo de administración de tratamiento
- Protocolo de control de líquidos administrados y eliminados
- Protocolo de inserción o retiro de sonda nasogástrica
- Protocolo de úlceras por presión
- Protocolo de realización de curaciones
- Protocolo de higiene y confort del paciente
- Protocolo de egreso del paciente
- Protocolo de sujeción o inmovilización terapéutica
- Protocolo de paso de sonda vesical en adultos y niños
- Protocolo de entrega y recibo de turno
- Protocolo para toma EKG
- Protocolo de mezclas lácteas
- protocolo traslado asistencial básico
- Protocolo de carro de paro
- Protocolo de retiro de puntos
- Protocolo de inserción y retiro de DIU
- Protocolo de inserción y retiro de implante subdermico
- Protocolo examen de seno

DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES

PROCOLO: IDENTIFICACIÓN DEL	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROCOLO:	M-GH-P-012

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 7 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1 style="margin: 0;">PACIENTE</h1>	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él. Florence Nightingale.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Noviembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Noviembre del 2013		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN





ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



CONFLICTO DE INTERÉS	
No se presentaron conflictos de interés.	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 8 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

INTRODUCCIÓN



La forma más habitual de identificación de los pacientes en centros hospitalarios es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado.

Sin embargo los problemas relacionados con el estado cognitivo, el lenguaje, la audición, el idioma o la edad de las personas hospitalizadas se pueden convertir en barreras que pueden dificultar la seguridad de la atención.

La identificación inadecuada de los usuarios de un centro hospitalario es una causa importante de los problemas y complicaciones asociadas a errores asistenciales.

El personal de salud suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere. Al conocer a un paciente, se asume que los demás también le conocen.

En este sentido se ha observado una notable disminución en los errores asociados a la adecuada identificación de los pacientes con el uso de un Brazaletes Identificativo.

DEFINICIÓN




Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.




IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

VERIFICACIÓN CRUZADA: Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de la pulsera de identificación.

PULSERAS DE IDENTIFICACIÓN: Las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras control de acceso son brazaletes de distintos materiales y apariencias que cumplen con la función de identificar a un individuo o grupos de personas para lograr un rápido control de ingreso a eventos o lugares de concurrencia masiva.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 9 de 315




Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

OBJETIVOS	  
------------------	---




- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la identificación de pacientes, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.
- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con fallas en la identificación del paciente.
- Identificar los factores contributivos que favorecen los errores en la identificación del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en la identificación del paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de errores en la identificación de los pacientes.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	  
-----------------------------	---

Está dirigido a los servicios asistenciales de Red Salud Armenia ESE.

POBLACIÓN OBJETO	  
-------------------------	---

Todos los Servicios asistenciales de la Institución, admisión urgencias, hospitalización y sala de partos.



PERSONAL QUE INTERVIENE	  
--------------------------------	---

Todo el personal del equipo de salud de los servicios asistenciales y de apoyo involucrados en el cumplimiento de la guía.




Responsable de Supervisión: Coordinación de Enfermería

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 10 de 315



Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

MATERIALES Y EQUIPO	  
----------------------------	---

- Manillas
- Tableros de identificación

INDICACIONES	  
---------------------	---

- Todo paciente que ingresa a:
- Hospitalización. (Adulto y Pediatría)
 - Sala de partos
 - Procedimientos ambulatorios que requieran sedación.

PROCEDIMIENTO	  
----------------------	---

QUIEN LO CONFECCIONA E INSTALA:

- La auxiliar de enfermería de la sala de tratamiento y en sala de partos las auxiliares de enfermería del área.
- Informará al paciente y sus familiares sobre el objetivo del procedimiento.
- Colocará la manilla de identificación


TIPO DE IDENTIFICACIÓN: MANILLA DE IDENTIFICACION.

DATOS A INCLUIR EN LA IDENTIFICACIÓN:

- Nombre completo (dos nombres y dos apellidos)
- N° de documento de identificación
- Edad.
- Sexo

LUGAR DE COLOCACIÓN DE PREFERENCIA

- En muñeca de brazo derecho.
- En muñeca brazo izquierdo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 11 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Tobillo derecho.
- En aquellos pacientes en los que no sea posible la colocación de la manilla de identificación en ninguna de las extremidades, como en los pacientes quemados o poli traumatizados, se colocará una identificación en alguna parte del cuerpo.

CUANDO UTILIZAR LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN

El personal del equipo de salud antes de realizar cualquier procedimiento al paciente deberá identificarle correctamente revisando el brazaletes previo a:


- Toma de muestra para exámenes de laboratorio
- Administración de cualquier medicamento.
- Antes de trasladar o recibir un paciente
- El personal del equipo de salud que vea a un paciente sin brazaletes, deberá informar del hecho a la auxiliar encargada o a la enfermera de turno.

CUANDO REPONER LA MANILLA DE IDENTIFICACION

- Rotura.
- Deterioro y/o datos ilegibles.
- Datos erróneos.
- Por necesidad asistencial: cuando la manilla impide la realización de algún procedimiento y debe retirarse.
- Excepcionalmente cuando el paciente viene de urgencias sin manilla de identificación.
- El paciente y o familiares se lo ha quitado o perdido.
- Pacientes que no se han podido identificar por situaciones de urgencias.
- Mientras el niño se encuentre hospitalizado debe permanecer con manilla de identificación

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES QUE INGRESAN A LA SALA DE PARTO

- Al momento de efectuar el ingreso a la sala de partos instalar la manilla de identificación con los datos correctos.
- El brazaletes de identificación debe ser colocado en el brazo derecho o en brazo izquierdo en caso contrario. Si esto no es posible se usarán las extremidades inferiores.
- Es responsabilidad del personal asistencial a cargo del paciente cumplir y hacer cumplir esta guía de identificación durante toda la estadía de la gestante.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 12 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Previo a cualquier procedimiento debe verificarse la identidad del paciente.

IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Es responsabilidad de la auxiliar de enfermería de la sala de partos, confeccionar y colocar la manilla de identificación del paciente con los datos correctos del RN. La ubicación de la manilla es en el brazo izquierdo, si no es posible, será colocado en el brazo derecho y como 3º opción en uno de los tobillos.

Los datos que deben consignarse son:

- Hijo de: Nombre completo de la madre
- Peso y talla de Nacimiento.
- Fecha Hora del nacimiento
- Sexo

RETIRO DE LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN

- Se le indica a la enfermera de turno antes del egreso del paciente de la institución.

MARCACIÓN TABLERO DE IDENTIFICACIÓN

Una vez el paciente ha sido ingresado en los diferentes servicios (Observación adulto, pediátrico, hospitalización adulto – pediátrico, y sala de parto) se debe diligenciar con marcador borrable el tablero de identificación que se ubica en la parte superior de la cama del paciente, con marcador borrable la siguiente información:

- Nombres y Apellidos: Completos
- Edad
- EPS
- Fecha e Ingreso
- Hora de ingreso
- Riesgo de Caída

PRECAUCIONES



- El profesional debe comprobar los datos correctos de la manilla de identificación con el familiar responsable y/o documento de identificación.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 13 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Es responsabilidad del profesional a cargo del paciente asegurar que el paciente mantenga la manilla identificación con los datos correctos, sin errores de escritura durante toda la hospitalización.
- Siempre se debe registrar mínimo dos identificadores: Nombre y número de identificación.
- En situaciones en las que el paciente no puede ser identificado por no disponer de la documentación, se colocará un brazalete con NN y el sexo
- El brazalete debe ser llenado con letra clara y legible.

CONCLUSIONES



- Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso al hospital para la adecuada recolección de la información.
- Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
- Realizar la identificación a través de manillas y registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.
- Realizar identificación cruzada al momento del traslado del paciente.
- Durante la instancia hospitalaria se debe evitar el cambio constante de sitio

COMPLICACIONES



Al no aplicar el protocolo de seguridad de identificación se expone al paciente a realizar atención en salud de forma equivocada presentándose eventos adversos.

EDUCACION AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Educación de pacientes y familiares en la necesidad de confirmar durante los procesos asistenciales la identificación y colaborar con el personal asistencial en la recolección de esta información
- Educar al paciente, madre o familiar según corresponda respecto al cuidado de este y

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 14 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

evitar el retiro.

- Registrar los contenidos educativos en hoja de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA



- Documento Joint Commission, Identificación del paciente, volumen 1, mayo de 2007.
- Documento Joint Commission, soluciones para la seguridad del paciente, volumen 1, mayo de 2007.

ANEXOS



1. Lista de verificación a la adherencia del protocolo de identificación del paciente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 15 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

LISTA DE CHEQUEO PARA LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE.			
La competencia de cuidar a la persona en actividades de la vida diaria según situación individual, delegación profesional y protocolos institucionales, consiste en el afianzamiento y la aplicación de los conocimientos.			
Objetivo: Revisar objetivamente los cuidados básicos que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.			
Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.			
Responsable: Jefe del servicio			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Conoce la manilla de identificación del paciente			
La Auxiliar de enfermería utiliza a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y el carnet de salud la identificación del paciente			
La letra es clara y tiene los datos completos: Nombre completo (dos nombres y dos apellidos) Nº de documento de identificación, Edad, Sexo.			
Revisa la manilla antes de cualquier procedimiento?			
La madre tiene colocada la manilla de identificación desde el ingreso a la sala de partos			
El neonato tiene la manilla de seguridad con los datos completos.			
La sabe en qué momento debe cambiarse la manilla de identificación			
Sabe que es identificación cruzada.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 16 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO: INGRESO DEL PACIENTE Y VALORACION INICIAL</h2>	UBICACION:	Servicios Asistenciales
	CODIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-020
	VERSION DEL PROTOCOLO:	01
	ELABORÓ PROTOCOLO:	Enfermería
	REVISÓ:	Calidad
	APROBO:	Comité de Archivo
REFLEXION: <i>Si pudiéramos ser educados dejando al margen lo que la gente piense o deje de pensar, y teniendo en cuenta sólo lo que en principio es bueno o malo, ¡Qué diferente sería todo!</i> Florence Nightingale	FECHA DE LA PROXIMA ACTUALIZACION	Noviembre 2017
FECHA DE ELABORACION: Noviembre 2013		

EJES TEMATICOS DE LA ACREDITACION

**SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



HUMANIZACIÓN



**ENFOQUE DE
RIESGO**




**GESTIÓN DE LA
TECNOLOGIA**






	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 17 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERES	  
-----------------------------	---

No hubo conflicto de intereses entre los actores que desarrollaron este protocolo.

INTRODUCCION	  
---------------------	---

La Unidad Intermedia del Sur ofrece una prestación asistencial por un equipo multidisciplinar, destinado a proporcionar cuidados a pacientes con patologías crónicas descompensadas y agudas de manejo en el primer nivel de atención.

Dadas las características especiales de este hospital es esencial un buen ingreso y valoración inicial al paciente, y dentro de la misma, una entrevista con el cuidador principal, ya que es imprescindible su colaboración para el seguimiento de los planes de cuidados en su domicilio. Este cuidador principal será pieza clave para la buena evolución del paciente, además una adecuada coordinación entre el equipo de la unidad y el cuidador principal permitirá una mayor autonomía al paciente y más periodos de respiro para este cuidador.


El propósito de esta guía es unificar criterios para la recepción oportuna y eficaz de los pacientes que ingresan en las áreas de hospitalización, sala de partos.

DEFINICION	  
-------------------	---

Es la atención que se da al paciente que ingresa al servicio de urgencias servicio hospitalario enviado de consulta externa, urgencias o trasladado de otro servicio o entidad.

OBJETIVOS	  
------------------	---

- El propósito de esta guía es unificar criterios para la recepción oportuna y eficaz de los pacientes que ingresan a área de hospitalización
- Disminuir la tensión emocional del paciente. Obtener la información necesaria acerca de la situación clínica del paciente
- Planear la atención de enfermería

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 18 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Obtener la información necesaria acerca de la situación clínica del paciente. Planear la atención de enfermería.

AMBITO DE APLICACIÓN



Servicios de hospitalización, observación urgencias y sala de partos.

POBLACION OBJETO



Usuarios que ingresen a Red Salud, que solicitan los servicios asistenciales.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermera
- Auxiliares de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



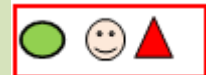
- Cama preparada
- Equipos según necesidades del paciente
- Historia clínica completa.
- Ropa y elementos de aseo necesarios para la hospitalización

INDICACIONES



Todo paciente que ingresa a hospitalización y sala de partos del hospital del sur.

PROCEDIMIENTO



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 19 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

INGRESO DEL PACIENTE

Para un buen desarrollo del ingreso del paciente valoración inicial debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Preservar la intimidad.
- Crear un clima de calidez y aceptación:
 - Saludar de forma cálida y adecuada, antes de que el usuario lo haga.
 - Utilizar el nombre del usuario.
 - Llamar al paciente de usted.
 - Mirar a los ojos del paciente sin agobiar.
 - Usar el tono de voz cálido amistoso y tranquilo.
- Indicar al paciente nuestro nombre y el papel que desempeñamos en el equipo.
- Explicar el objetivo del procedimiento.
- Usar una actitud de escucha activa y comunicación no verbal apropiada.
- Utilizar terminología que el paciente comprenda.
- Evitar interrumpir al paciente o al cuidador cuando estén hablando.
- Mantener una actitud de tranquilidad, sin prisas.
- Evitar contradecirle.
- Asentir con la cabeza.
- Repetir de vez en cuando lo que la otra persona ha dicho.
- No prejuzgar.
- Prestar atención a los sentimientos y emociones (Todas estas observaciones irían encaminadas a conseguir una buena empatía con el paciente y el cuidador)
- Informar al paciente sobre:
 - Horarios de visitas en el servicio de hospitalización, teniendo en cuenta el protocolo de acompañamiento familiar de los niños y niñas de 0 a 14 años.
 - Uso del timbre del llamado de enfermería que se encuentran en la habitación y el baño.
 - En caso de presentarse una emergencia le enfermera del servicio informara a los pacientes que se debe realizar si tuviese que realizarse una evacuación.
 - Se debe presentar al compañero de la habitación y viceversa.
 - Enfatizar sobre la importancia en la exigencia de parte del paciente hacia el personal de salud sobre la revisión de la manilla de identificación, antes de realizar cualquier procedimiento, incluye la administración de medicamentos.
 - Si el paciente observa personas extrañas o no identificadas, debe tocar el timbre de llamado.


VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 20 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


La valoración de enfermería al ingreso del paciente del servicio de hospitalización, observación y sala de partos se realizara en base a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, complementándola con los siguientes cuestionarios o escalas: Autonomía para las actividades de la vida diaria-Índice de Barthel, escala de Braden, escala de riesgo de caídas múltiples, escala de Glasgow.

1	Datos Generales	
	Nombre	
	Fecha y hora del ingreso	
2	Datos Relativos al Ingreso	
	Procedencia	
	Causa de ingreso	
	Información proporcionada por...	
3	Antecedentes	
	Alergias	
	Antecedentes: Diabetes, Hipertensión arterial. Etc.	
	Dieta habitual.	
	Prótesis.	
	Hábitos nocivos.	
	Medicación habitual.	
4	Gestión de la admisión, traslado y alta.	
	Ansiedad.	
	Temor.	
	Síndrome de estrés del traslado.	
	Mantenimiento inefectivo de la salud.	
5	Necesidad de higiene/cuidados piel/vestido.	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 21 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

	Déficit autocuidados: Baño/higiene, vestido/arreglo, uso del WC. Índice de Barthel (anexo 1).	
	Deterioro de la integridad cutánea: Úlceras por presión, con nº de lesiones. Escala de Braden (anexo 2).	
	Necesidad de nutrición/hidratación.	
6	Déficit de autocuidados: alimentación.	
	Desequilibrio de la nutrición.	
	Desequilibrio del volumen de líquidos.	
	Necesidad de oxigenación.	
7	Deterioro del intercambio gaseoso.	
	Patrón respiratorio ineficaz.	
	Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	
	Necesidad de eliminación.	
8	Deterioro de eliminación: urinaria o intestinal.	
	Necesidad de mantenimiento de la temperatura.	
9	Hipertermia.	
	Hipotermia	
	Necesidad de actividad/ movilidad.	
10	Deambula solo.	
	Intolerancia a la movilidad.	
	Deterioro de la movilidad física.	
	Riesgo de síndrome de desuso.	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 22 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Necesidad de seguridad y confort.	
11	Riesgo de lesión.
	Riesgo de caídas. Escala de riesgo de caídas múltiples (anexo 3).
	Riesgo de traumatismo.
	Riesgo de infección.
	Riesgo de aspiración.
	Riesgo de suicidio.
	Riesgo de intoxicación.
	Dolor agudo.
Necesidad de reposo/sueño.	
12	Deterioro del patrón del sueño: insomnio, somnolencia diurna.
Necesidad de relación/comunicación.	
13	Nivel de conciencia: Escala de Glasgow (anexo 4).
	Trastorno de la percepción sensorial.
	Deterioro de comunicación verbal.
	Trastorno de los procesos del pensamiento.
	Deterioro de la interacción social.
Preparación/administración de medicamentos y requerimientos diagnósticos.	
14	Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
	Incumplimiento terapéutico.
	Dificultad para realizarlo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 23 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ENTREVISTA AL CUIDADOR PRINCIPAL

El cuidador principal es una figura clave en el cuidado del paciente en el domicilio. Éste se convierte en soporte del enfermo. Por tanto la colaboración del cuidador principal en el seguimiento del plan de cuidados en el domicilio es imprescindible. Al tratarse de enfermos de larga evolución y, generalmente, con dificultades para realizar por si solos las actividades básicas de la vida diaria suponen una fuerte carga tanto física como psíquica para el cuidador principal, por lo cual es imprescindible para nosotros valorar la situación del mismo. Para ello definimos el perfil del mismo y utilizamos el Índice de *Esfuerzo al Cuidador*, donde valoramos el nivel de esfuerzo por parte del cuidador principal a la hora de prestar cuidados al paciente.

1. Entorno de cuidados: perfil del cuidador.

EDAD	GENERO		HOMBRE	MUJER
ESTADO CIVIL	Soltero/a	NIVEL DE ESTUDIOS	Estudios Incompletos	
	Casado/a		Primarios	
	Viuda/o		Estudios Profesional/Bachiller	
	Separado/a		Estudios universitarios medios	
ACTIVIDAD	Estudiante/ama de casa			
	Busca empleo/trabaja			
	Jubilada/otros			
Convive con el paciente		si	No	A temporadas
Es usted el cuidador personal		si	No	A temporadas
La persona afectada	Marido	Padre	Suegro	
	Mujer	Madre	Suegra	
	Abuelo	Hermano	Otro - Cual?	
Edad actual de la persona enferma				
Cuanto tiempo hace que se le diagnostico la enfermedad?				
Cuántos años lleva usted cuidando su familia?				
Cuántas personas conviven con usted?				
Cuántas personas colaboran con los				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 24 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

cuidados			
Cuenta con apoyo domiciliario	si	No	Si es de tipo público o privado:

2. Índice de esfuerzo del cuidador: Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

	VERDADERO	FALSO
Tiene trastornos de sueño (Ejemplo: porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).		
Es un inconveniente (Ejemplo: porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).		
Representa un esfuerzo físico (Ejemplo: hay que sentarlo, levantarlo de una silla).		
Supone una restricción (Ejemplo: porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).		
Ha habido modificaciones en la familia (Ejemplo: porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
Ha habido cambios en los planes personales (Ejemplo: se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ejemplo: por parte de otros miembros de la familia).		
. Ha habido cambios emocionales (Ejemplo: causa de fuertes discusiones).		

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 25 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Algunos comportamientos son molestos (Ejemplo: la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarles las cosas).		
Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ejemplo: es una persona diferente de antes).		
Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).		
Es una carga económica.		
Nos ha desbordado totalmente (Ejemplo: por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).		
TOTAL		

PRECAUCIONES




- Deje registro en la historia clínica de todo lo que entregue a la familia (pertenencias, documentos).
- Solicite teléfonos y direcciones alternas del paciente.

CONCLUSIONES



La valoración inicial de un paciente, a su ingreso a los servicios de observación, hospitalización y sala de partos constituye una herramienta esencial para identificar las necesidades del paciente y así poder elaborar los diagnósticos de enfermería, siendo esta el punto de partida para realizar un adecuado Plan de Cuidados. En estas áreas la valoración del paciente no resultaría completa sin la realización de una entrevista al cuidador principal. De ahí surge la necesidad de establecer un protocolo que permita una uniformidad de criterios en el personal de enfermería a la hora de que datos hay que valorar y recoger para asegurar

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 26 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

una perfecta coordinación de intervenciones y una buena continuidad de cuidados.

El documento de valoración inicial, es un registro de enfermería, que forma parte de la historia clínica del paciente. Estos registros permiten que la labor de la enfermería quede por escrito y así dar continuidad asistencial de calidad.

COMPLICACIONES



Resultados de procesos desorganizado y no sistematizado que no permiten llegar a un buen diagnóstico de enfermería y así una posterior puesta en marcha del plan de cuidados.

EDUCACION AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Guiar al usuario acerca de la patología de su paciente, definir el riesgo de caída del paciente desde su ingreso e informar al acompañante para que este se apersona de su familiar, enseñar cuidados, momentos especiales del paciente que ameriten llamado de enfermería.
- Informe a la familia de la condición clínica permanentemente.
- Haga el inventario de los muebles del cuarto del paciente y enséñele que debe cuidarlo.
- Solicítele la ayuda en el manejo del paciente(control de líquidos, alimentación)

BIBLIOGRAFIA




- Manual de enfermería de la Universidad Nacional.
- Manual de funciones del Hospital la Victoria
- Manual de procesos del Hospital la Victoria.

ANEXOS



1. Índice de Barthel

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 27 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Autonomía para las actividades de la vida diaria		
Índice de Barthel		
Comer	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Vestirse	10	Independiente
	5	Necesita ayuda.
	0	Dependiente
Deposición	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Micción- valorar la Situación en la semana previa	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Ir al baño	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Trasladarse sillón-cama	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Arreglarse	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente
Lavarse-bañarse	10	Independiente
	5	Necesita ayuda
	0	Dependiente

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 28 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO AISLAMIENTO DE PACIENTES</h1>	UBICACIÓN:	URGENCIAS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO	M-GH-P-004
	ELABORÓ PROTOCOLO:	02
	REVISADO POR:	ENFERMERÍA
	APROBÓ:	COMITÉ CALIDAD
REFLEXIÓN: “El amor no mira con los ojos, sino con el alma”. William Shakespeare	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre del 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre del 2013.		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 29 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS



Los autores de este protocolo declaran que no tienen ningún conflicto respecto a la elaboración de este documento.

INTRODUCCIÓN



Las infecciones intrahospitalarias (IAAS) son complicaciones que se producen al interior de los hospitales y que tienen repercusiones sobre la morbilidad, mortalidad y costos tanto hospitalarios como para los pacientes y sus familias. Por otro lado las IAAS son consideradas un buen indicador para medir uno de los aspectos de la calidad de atención.

A nivel mundial se reconocen diversas áreas para el control de infecciones como son por ejemplo: desinfección y esterilización, el uso racional de antimicrobianos, el uso racional de antisépticos y desinfectantes, la vigilancia epidemiológica de las IAAS, la vigilancia de la resistencia bacteriana, el manejo de residuos sólidos, la salud del personal y los aislamiento hospitalario, entre otros.

A la fecha, todos los sistemas de aislamientos han demostrado utilidad en prevenir la diseminación de infecciones en condiciones de brotes epidémicos, pero ninguno ha sido infalible ni ha demostrado ser mejor que otro. Se ha observado que el principal reservorio de gérmenes patógenos está en los pacientes infectados y que en muchos casos y por distintos mecanismos que frecuentemente se asocian a la atención directa, colonizan o infectan a otros Pacientes.

Las normas de aislamiento en los hospitales se consideran uno de los avances más importantes en la prevención y control de infecciones. Su aplicación contribuye significativamente a prevenir estas infecciones; por este motivo el equipo de salud debe considerar a todos los pacientes como potencialmente infectados con algún agente patógeno.

Es así como el año 1995 el CDC inicia la revisión del tema y publica el año 1996 una serie de recomendaciones incluidas en las denominadas Precauciones Estándar, precauciones que se encuentran vigentes a la fecha de elaboración de este documento.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 30 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

DEFINICIÓN



INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS): Corresponden a todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que no estaba presente ni incubándose al momento de hospitalizarse. Esta es una denominación más adecuada ya que incluye la atención ambulatoria y las infecciones detectadas después del alta.

GERMENES MULTIRRESISTENTES: Una bacteria multirresistente es sensible sólo a un pequeño número de antibióticos en patógenos que presentan una alta transmisibilidad cuya vía de transmisión se produce por el contacto durante la atención de pacientes.


FLUIDOS CORPORALES: Se entiende por fluido corporal a todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo.

- **Fluidos corporales de alto riesgo:** Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen y las secreciones vaginales, y aquellos líquidos provenientes de cavidades normalmente estériles como: líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico, saliva en caso de procedimientos invasivos en cavidad bucal. Se considera de alto riesgo por constituir fuente de Infección de virus de hepatitis B, VIH y otros agentes que se transmiten por la vía parenteral.
- **Fluidos corporales de bajo riesgo:** Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, expectoración, orina, transpiración, lágrimas, vómitos a excepción de aquellos que tengan sangre visible.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR: RESPONSABLE: Estas deben aplicarse por todo el equipo de salud que realice atención directa e indirecta en la cual haya riesgo de transmisión de agentes patógenos presentes en la sangre y/o fluidos corporales de alto riesgo, independiente si existe o no diagnóstico de patología infecciosa. (Ver manual de bioseguridad y manual de limpieza y desinfección).

CADENA DE TRANSMISIÓN:

- **Agente Infeccioso:** Es el microorganismo ya sea bacteria, virus, hongo, parásito, rickettsia, etc capaz de transmitir una enfermedad infecciosa. Su capacidad infectante depende de varios factores, dosis, virulencia y potogenicidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 31 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Fuente o reservorio de los microorganismos: Es donde permanece y se multiplican los microorganismos, este puede ser animado o inanimado. a.- Animado: pacientes, funcionarios, alumnos, visitas infectados o en periodo de incubación o convalecientes de una enfermedad infecciosa. b.- Inanimado: medicamentos, ropa, fómites, insumos, unidad del paciente, etc.
- Huésped. Persona susceptible de adquirir una enfermedad infecciosa por alguna puerta de entrada y dependerá de su estado inmunológico, de sus condiciones básicas y otros factores.
- Puerta de entrada: Es el sitio por donde el agente entra en el huésped.
- Puerta de salida: Es el sitio por donde el agente infeccioso abandona al reservorio animado para ponerse en contacto con el huésped susceptible. Las principales puertas de salida de los agentes son: vía respiratoria, digestiva, placentaria, genitourinaria y piel especialmente no intacta.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN:


Contacto directo:

- Por transferencia cuando el agente pasa directamente de la puerta de salida a la puerta de entrada.
- Por proyección cuando el microorganismo es transmitido por gotitas o fluidos corporales a corta distancia.

Contacto indirecto:

- Por gotitas: los microorganismos pueden ser expelidos en gotitas durante La tos, estornudo, al hablar o durante procedimientos tales como la Aspiración de secreciones. Estas gotitas pueden desplazarse hasta un metro desde la fuente antes de caer y no permanecen en suspensión.
- Aérea: núcleo de gotitas deshidratadas, aerosoles, polvo contaminado los Microorganismos permanecen suspendidos en el aire en el núcleo de las Gotitas.
- Vehículos comunes: cuando los microorganismos se transmiten por comida, Agua, medicamentos, artículos o equipos, etc.
- Vectores: se observa cuando los microorganismos son transmitidos por un Artrópodo. Esta vía es de menor importancia en la transmisión hospitalaria.

AISLAMIENTO: Conjunto de medidas destinadas, a prevenir y controlar el riesgo de infección o

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 32 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

transmisión de microorganismos, tanto a pacientes, como al personal de salud, a través de barreras que interrumpan la cadena de transmisión de las infecciones.

AISLAMIENTO EN COHORTE: Conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados “con una misma patología”, de los huéspedes susceptibles, durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales que permitan cortar la cadena de transmisión de infecciones de acuerdo a la vía de transmisión de los patógenos involucrados.

OBJETIVOS



GENERAL:

- Prevenir la transmisión de microorganismos entre un paciente y otro o entre pacientes y el personal, interrumpiendo la vía de transmisión de los microorganismos

ESPECIFICOS:

- Realizar el procedimiento de aislamiento de pacientes desde el ingreso del paciente según las vías de transmisión y periodo de contagio de la enfermedad.
- Garantizar los derechos de los usuarios en cuanto a seguridad, intimidad y confort.
- Utilizar los materiales disponibles en la institución en la realización del procedimiento de aislamiento.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



En la atención de todos los pacientes se deben aplicar las precauciones estándar. El aislamiento se aplicará a todos los pacientes que tengan una patología infecciosa; el tipo de aislamiento elegido será en relación a la vía de transmisión de su patología.

POBLACIÓN OBJETO



Todos los usuarios que ingresen a los servicios de urgencias y hospitalización de la E.S.E Red Salud Armenia que mediante un diagnóstico médico se determine la necesidad del aislamiento

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 33 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

según la vía de transmisión o periodo de contagio de la enfermedad.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Medico
- Enfermera Jefe
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



- Guantes limpios.
- Bata quirúrgica o desechable.
- Mascarilla común.
- Mascarillas de alta eficiencia.
- Canecas con bolsas para desecho de residuos.
- Jabón antiséptico para lavado de manos.
- Toallas desechables.
- Toldillos.
- Lavamanos adecuados.
- Protector ocular.
- Jabón glicerinado

INDICACIONES



Por vía aérea: enfermedad o síndromes clínicos en que se sospecha: Tuberculosis - sarampión - varicela herpes zoster diseminado Influenza Aviar.

Por gotitas: Infección respiratoria aguda paciente pediátrico sin agente etiológico identificado. Infecciones invasivas por H. influenza y N. meningitidis, Difteria e infecciones estreptocócicas del aparato respiratorio, Coqueluche, Infección respiratoria por MICOPLASMA, NEUMONÍA atípica, Adenovirus y parvovirus B19, Influenza, Parotiditis Infecciones por virus hanta.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 34 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Por contacto: Infección o colonización por bacterias Multiresistente de importancia epidemiológica, en este grupo se debe incluir a: Staphylococcus aureus, Acinetobacter baumannii, Klebsiella, Pseudomonas, Enterococo, Enterobacter., Infecciones entéricas por C. difficile, Escherichia coli enterohemorrágico, shigella, virus hepatitis, rotavirus, Virus respiratorio sincicial, parainfluenza. Lesiones de piel altamente contagiosas: herpes simple, impétigo.

PROCEDIMIENTO



Este sistema de precauciones de aislamiento contempla 2 componentes: general y específico.

El componente general corresponde a aquellas precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes en hospitales, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección. La puesta en marcha de estas Precauciones Estándar es la estrategia fundamental para el éxito del control de la infección nosocomial.

El componente específico corresponde a las precauciones diseñadas solo para el cuidado de pacientes en que se requieren cuidados adicionales. Estas Precauciones Basadas en la Transmisión, se añaden en los pacientes que se sospecha o se sabe están infectados por patógenos epidemiológicamente importantes con difusión por aire, gotas o contacto con piel seca o superficies contaminadas.

En Red Salud Armenia ESE se adoptarán los dos tipos de componentes mencionados:

I. COMPONENTE GENERAL: LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

II. COMPONENTE ESPECÍFICO: PRECAUCIONES BASADAS EN LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN que son:

- .Aislamiento por vía aérea.
- Aislamiento por gotitas.
- Aislamiento o precauciones por contacto.

LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR: Sintetiza los conceptos principales de las precauciones universales (riesgo de agentes transmitidos por sangre) y precauciones con secreciones (agentes transmitidos por secreciones).

- Las Precauciones Estándar están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no, de infecciones Intrahospitalarias. Se aplican a

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 35 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- todos los pacientes independientemente de su diagnóstico o la presunción de infección, debiéndose evitar el contacto con sangre, secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido pericardio, exudados excepto sudor (contengan o no sangre visible), piel no intacta, y membranas mucosas.
- Se aplican a todos los pacientes hospitalizados, independientemente de su diagnóstico o de la presunción de infección.
- Se aplica a todos los fluidos corporales (excepto sudor), con o sin sangre visible, las mucosas y piel no intacta de todos los pacientes se consideran potencialmente infectantes por lo que si se va a entrar en contacto con ellos se deben usar medidas de:

Elementos de las precauciones estándar:

- Lavado de manos: En los cinco momentos de contacto según la OMS:
 1. Antes del contacto con el paciente
 2. Antes de realizar tarea aséptica
 3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
 4. Después del contacto con el paciente
 5. Después del contacto con el entorno del paciente.
- Guantes: sólo si se manipula algún fluido corporal. Deben retirarse después de la atención de cada paciente. Lavarse las manos después de retirarse los guantes.
- Delantal, mascarilla o lentes: cuando sospeche salpicaduras de sangre u otros fluidos.
- Equipos y dispositivos: deben ser lavados por arrastre, desinfectados o esterilizados de acuerdo a la función que fueron diseñados. Eliminar los artículos desechables.


Las Precauciones estándar deben aplicarse a todos los pacientes.

AISLAMIENTO BASADO EN LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN COMPONENTE ESPECÍFICO:

Aislamiento por vía aérea: Estas precauciones están orientadas a reducir riesgo de infecciones transmitidas por vía aérea. Se aplica a aquellas patología que se transmiten a partir de partículas de 5 micrones o menos, generadas por gotitas eliminadas por vía aérea y que pueden permanecer en el aire en suspensión por largos períodos de tiempo. Los microorganismos pueden ser dispersados por corrientes de aire, incluso más allá de la habitación donde son generados.

Medidas de control de aislamiento por vía aérea:

- Precauciones estándar: componente general
- Utilización de tapabocas de alta eficiencia disponible en la institución al momento de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 36 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

tener contacto con el usuario.

- Medidas de bioseguridad permanentes para visitantes.
- Pueden hospitalizarse simultáneamente en la misma habitación dos pacientes con la misma infección, si esto no es posible, el personal susceptible debe usar mascarilla de alta eficiencia.
- En caso de traslado, el paciente debe usar mascarilla durante el traslado.
- Traslado interservicio, el paciente debe acompañarse con identificación de aislamiento vía aérea.

Aislamiento por gotitas: Orientadas a reducir riesgo de infecciones transmitidas por gotitas gruesas, definidas como partículas de diámetro de 5 micrones o más. Disminuir el riesgo de adquirir infecciones producto de la exposición de la conjuntiva o mucosa nasal u oral a partir partículas de 5 micrones y más, generadas por pacientes o portadores de agentes, a partir de tos, estornudos, al hablar en procedimientos.


Requiere contacto estrecho entre la fuente y el paciente susceptible, ya que las gotas permanecen poco tiempo en suspensión puesto que por su peso, estas gotitas decantan dentro del radio de 1metro alrededor del paciente.

Medidas de control de aislamiento por gotitas:

- Precauciones estándar: componente general.
- Pueden colocarse simultáneamente dos o más pacientes en la misma habitación con la misma infección, si se prevee que existirá separación de más de un metro entre pacientes y se puede asegurar que no se compartirán objetos de la atención.
- Uso de mascarillas en el radio de un metro o al entrar a la habitación.
- Brindarle al paciente la educación sobre las medidas de precaución que debe utilizar durante la estancia hospitalaria. (utilización de tapabocas y evitar toser y estornudar sin el tapabocas puesto).
- En caso de traslado, el paciente debe usar mascarilla.
- Traslado interservicio, el paciente debe acompañarse con identificación de aislamiento por gotitas

Aislamiento por contacto:

- Orientadas a reducir riesgo de infecciones transmitidas por contacto directo o indirecto entre un paciente y otro y entre el paciente y el personal.
- Transferencia de piel a piel de agentes desde una persona infectada o colonizada a un paciente susceptible.
- Transferencia a través de un objeto contaminado o por las manos no lavadas de la persona.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 37 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Medidas de control de aislamiento por contacto:

- Precauciones estándar: componente general.
- Uso de guantes y delantal individual limpios al atender al paciente.
- Remoción de los guantes (eliminarlo en basura) y delantal (colgador) al abandonar el ambiente del paciente.
- Uso de equipos no críticos individuales (fonendoscopios, equipos de presión, termómetros, chatas, patos, etc.)
- Mantener precauciones en caso de traslado, debe consignarse claramente el diagnóstico y el aislamiento al ser traslado interinstitucional.
- Traslado entre servicios, el paciente debe acompañarse con identificación de aislamiento vía contacto.

Transmisión por vehículos comunes:

Es la transmisión de infecciones a través del agua, la comida, medicamentos y equipos contaminados.

Medidas de control de aislamiento por vehículos comunes:

- Precauciones estándar: componente general
- Utilización de jabón glicerinado entre paciente y paciente.
- Utilización de guantes al tener contacto con el paciente.
- Realizar aseo de unidad según protocolo.
- Utilización de utensilios desechables para alimentación del paciente.
- Medidas de bioseguridad permanentemente.
- Sugerir lavar las frutas antes de consumirlas.
- Sugerir a los pacientes evitar compartir elementos personales y alimentos.

Transmisión por vectores:

Es la transmisión de agentes patógenos por medio de mosquitos, ratas y otros organismos, las enfermedades más comunes que se transmiten por vectores en los hospitales son el dengue y la malaria y la medida de aislamiento se realiza con un toldillo que se debe colocar durante los cinco primeros días de la infección, esta medida evita el contacto del vector con el paciente colonizado.

Medidas de aislamiento en la transmisión por vectores:

- Utilización de toldillo en pacientes con dengue y malaria
- Realización periódica de fumigación para controlar la población de roedores y plagas en

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 38 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

la institución.

En la aplicación del sistema de aislamiento, se deben definir otros conceptos como:

- Precauciones empírica.
- Aislamiento en cohorte.
- Inmunosuprimidos

AISLAMIENTO EN COHORTE:

Se refiere a la posibilidad de efectuar las medidas de aislamiento a varios pacientes que tienen la infección producida por el mismo agente etiológico. Se usa de preferencia en brotes epidémicos o ante la endemia de determinados microorganismos. Las medidas de control corresponden a la categoría de aislamiento de acuerdo al tipo de agente etiológico causante de la infección. Por este motivo puede existir:

- Aislamiento de vía aérea en cohorte.
- Aislamiento por gotitas en cohorte.
- Aislamiento por contacto en cohorte.

ESPECIFICACIONES

- Los pacientes aislados en una cohorte deben ser aquellos en que se ha identificado microbiológicamente el mismo agente etiológico.
 - Los pacientes de un aislamiento en cohorte lo pueden abandonar al alta de la patología que motivó su ingreso. Si es necesario mantener hospitalizado, se indicará la medida de aislamiento de acuerdo a su patología.
 - No debe ingresar pacientes una vez finalizado el período de admisión a la cohorte. Si hay un nuevo caso se debe iniciar una nueva cohorte.
 - El resultado de un aislamiento en cohorte depende fundamentalmente del desempeño del personal asignado a la tarea.
 - Es indispensable designar un equipo de personas para la atención del aislamiento en cohorte. Este personal no debe atender pacientes fuera del aislamiento.
- Se pone término a la cohorte cuando se ha comprobado mejoría clínica y microbiológica del último paciente y no hay posibilidad de nuevos ingresos.

AISLAMIENTO EN INMUNOSUPRIMIDOS:

Las infecciones en inmunocomprometidos son frecuentes, agregándose a las infecciones habituales, infecciones por microorganismos oportunistas. Se ha documentado que casi un 85 % de los microorganismos responsables de las infecciones entre pacientes inmunocomprometidos derivan de la flora endógena y que casi el 50 % de estos se adquiere del medio hospitalario.

Recordando que estos pacientes poseen muchas veces otros factores de riesgo como: alteración de la barrera mucocutánea, catéter venoso central, cirugía, exposición a múltiples

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 39 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

antibióticos, hospitalización prolongada; se ha dirigido mucha atención a los mecanismos para prevenir la adquisición de patógenos potenciales. Se debe considerar. Pacientes colonizados o infectados, objetos inanimados del ambiente hospitalario constituyen reservorio de microorganismos patógenos, sin embargo la mayoría de los estudios epidemiológicos sugieren que la transmisión desde estos reservorios requiere habitualmente del vector humano, por lo tanto la intervención más sencilla y eficaz a la que se recurre es el lavado clínico de manos. Limitar dieta a alimentos cocidos durante períodos de granulopenia, evitando frutas y verduras crudas y productos lácteos no procesados, ya que estos productos pueden estar contaminados con bacilos gramnegativos como *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Pseudomonas eruginosa*.

Medidas de control de aislamiento inmunosuprimidos:

- Precauciones estándar.
- Habitación individual, puertas cerradas.
- Lavado de manos con jabón antiséptico antes y después de atender los pacientes.
- Técnica aséptica rigurosa en la realización de los procedimientos.
- Material de uso individual, limpieza y desinfección de equipos reutilizables, termómetros, manómetros de presión, fonendoscopios.
- Personal, uso delantal limpio.
- Comidas cocidas preparadas en ambiente controlado, frutas y verduras cocidas.
- Visitas, realizar capacitación en la atención, medidas generales y prevención de infecciones.
- Personal con sintomatología respiratoria debe ser retirado de la atención clínica.
- Restricción a visitas que presenten sintomatología respiratoria.
- Traslado entre servicio, el paciente debe acompañarse con tarjeta de aislamiento inmunosuprimidos.
- Capacitación al paciente en relación a medidas generales de prevención de infecciones como baño, aseo personal diario, alimentación y que la atención del personal profesional y no profesional debe ser realizada siempre con previo lavado clínico de manos.

Indicaciones de aislamiento inmunosuprimidos: En pacientes con recuento menor de 500 neutrófilos por milímetro cúbico.

PRECAUCIONES



- Responsable de la indicación de inicio y término del aislamiento debe ser realizado por el médico o enfermera.
- Una vez indicado el tipo de aislamiento, se debe identificar al paciente con la vía de transmisión del agente identificado:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 40 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- . Aislamiento Protector.
- . Aislamiento Contacto.
- . Aislamiento Gotitas.
- . Aislamiento Aéreo.
- El aislamiento se mantendrá sólo durante el periodo en que el paciente es potencialmente infeccioso.
- Si durante el proceso de atención de cualquier paciente, la piel o las manos del personal entran en contacto con sangre u otro fluido corporal, éstas deberán lavarse de inmediato con agua y jabón.
- La eficacia del uso de guantes depende de la conducta del personal que debe cambiárselos entre pacientes y lavar sus manos antes y después de retirárselos.
- Los pacientes con VIH, virus hepatitis B y C, sólo requieren manejo de fluidos corporales, según norma de precauciones estándar o las precauciones derivadas de las patologías infecciosas concomitantes.
- Las salas de aislamiento, deben contar con lavamanos, jabón, toalla desechable e idealmente alcohol gel.
- Todo miembro del equipo de salud que requiera ingresar a la sala de aislamiento, deberá cumplir con las indicaciones exclusivas para cada uno de ellos.
- Todos los fluidos (sangre, heces, orina, expectoración, saliva, secreciones y pus entre otros), con o sin sangre visible, las mucosas y piel no intacta, de todos los pacientes se consideran potencialmente infectantes y se debe usar guantes indemnes si se manipulan.
- Los equipos compartidos deben limpiarse y desinfectarse antes y después de su uso.
- El transporte debe realizarse con las medidas especiales de cada una de las indicaciones del aislamiento del paciente.
Es indispensable designar un equipo de personas para la atención del aislamiento en cohorte
- Se pone término a la cohorte cuando se ha comprobado mejoría clínica y microbiológica del último paciente y no hay posibilidad de nuevos ingresos.
- La vajilla del paciente no necesita tratamiento especial, lavado con solución jabonosa, agua caliente y manipulación con manos limpias y secas.
- Ropa de cama y del paciente, manipular con guantes y movimientos envoltorios, depositarla en bolsas de residuos contaminados.
- El lavado de la ropa no necesita medidas especiales.
- El aseo concurrente debe realizarse a diario con solución desinfectante.
- El aseo terminal debe realizarse cuando el paciente es dado de alta, es trasladado o fallece

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 41 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONCLUSIONES



El protocolo es un conjunto de actividades a realizar que deberán ser aplicados por igual a todos los usuarios que reúnan ciertos requisitos de inclusión, en este caso las medidas de precauciones de contacto, que son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente infectado o colonizado), y el huésped (otros pacientes, familiares y personal) para disminuir la posibilidad de transmisión.

Estas precauciones están diseñadas para los pacientes que se sabe o se sospecha están infectados con patógenos epidemiológicamente importantes o altamente transmisibles, para los cuales se necesitan precauciones añadidas a las estándar con el fin de interrumpir su transmisión dentro del hospital.

COMPLICACIONES



Son todas las situaciones en las cuales el procedimiento puede causar alteraciones en la salud de los pacientes, como son la contaminación cruzada a otros huéspedes susceptibles, es de vital importancia tener en cuenta las precauciones estándar y las indicadas para cada tipo de aislamientos descritos en este protocolo.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Los aislamientos pueden suponer una serie de problemas para los usuarios que es necesario evitar:
- Problemas de autoestima, sensación de ser un peligro para los demás, marginación.
- Soledad, déficit afectivo.
- Déficit en los cuidados necesarios.

- La mejor manera de evitar estos problemas es la información al sujeto de cuidado y sus familiares, que debe ser comprensible y completa, evitando el alarmismo y las precauciones innecesarias. La información debe incluir la constatación de que el aislamiento no debe suponer merma alguna en la atención que se le dispensa al mismo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 42 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------




BIBLIOGRAFÍA





- Título: Guía de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las precauciones de aislamiento. Autor: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Tomado de: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/IIH/Guias/006%20AISLAMIENTO.pdf>. Consulta: 20/04/13.
- Título: Aislamiento hospitalario en paciente adulto. Autor: Orietta Paola Morales.
- Brunner Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Cap 3, Vol. 1, 10ª Edición. Año 2004. Recopilación bibliográfica.
- Gestión y mejora de los procesos de atención. Guías de Práctica, Protocolos, Vías clínicas. Mayo 2009. Recopil. Bibliográfica

ANEXOS

1. Lista de chequeo en adherencia al cumplimiento del protocolo.

LISTA DE CHEQUEO AISLAMIENTO				
AISLAMIENTO AEREO				
REQUISITOS	Cumple	No cumple	No aplica	Observaciones
Se le realiza entrega del tapabocas al paciente aislado				
El funcionario utiliza mascarilla para atender Al paciente				
Al trasladar el paciente se le coloca mascarilla				
Realiza lavado de manos antes y después de atender al paciente				
AISLAMIENTO CONTACTO				
Se mantiene 1 metro distancia entre unidades				
Usa guante en atención directa.				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 43 de 315

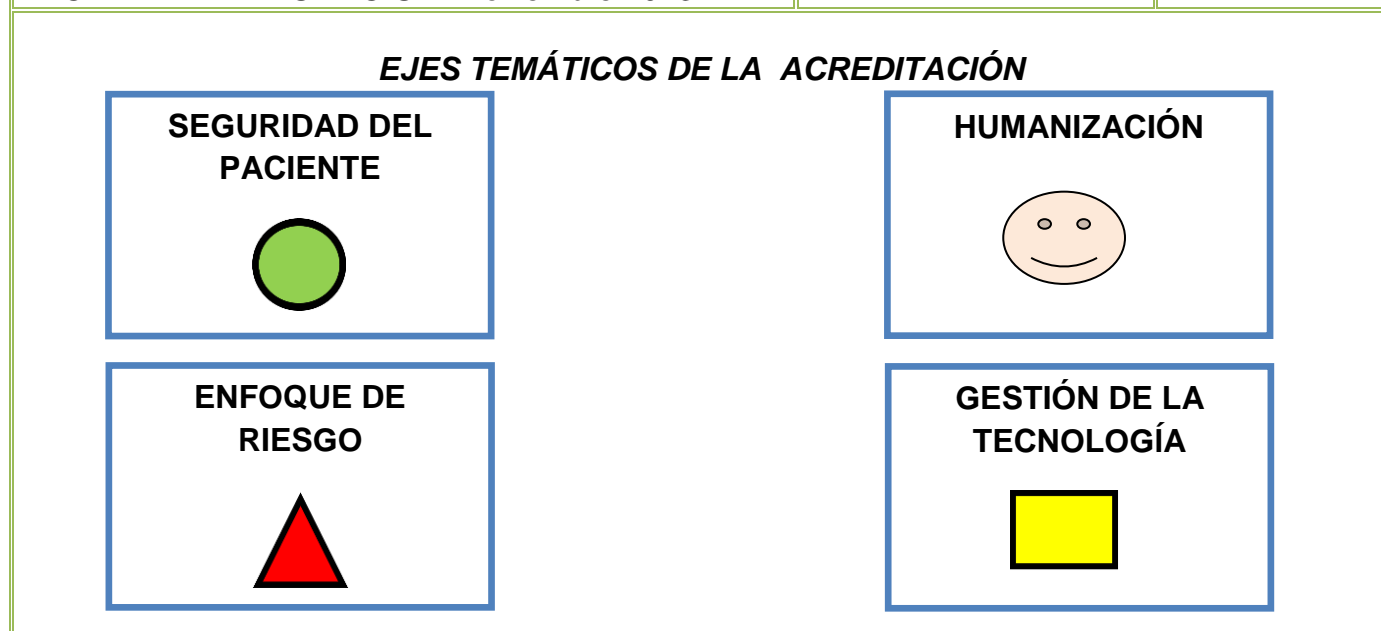
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


Realiza lavado de manos antes de atender Al paciente				
Usa delantal, antes de atender al paciente				
Retira guantes y elimina en basurero				
Retira delantal y cuelga dejando protegida parte interna de este				
Se lava las manos posterior a la atención				
 AISLAMIENTO VECTORIAL 				
Se usa el toldillo de forma permanente durante la antecion				
 AISLAMIENTO PROTECTOR 				
Habitación puertas cerradas				
lavado de manos con jabón antiséptico o solución en base alcohólica				
Uso de guantes en atención directa				
Se retirar guantes antes de salir de la habitación				
Funcionario usa delantal en atención directa				
Retira delantal y cuelga dejando protegida parte externa de este				
Se lava las manos posterior a la atención del paciente				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 44 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO</h1> <h2>TOMA DE SIGNOS VITALES</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-005
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: La persona como individuo y como miembro de una familia, de un grupo de la comunidad, de una sociedad, es el punto focal del cuidado de enfermería.	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Noviembre 2013		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 45 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------





CONFLICTO DE INTERÉS






No hubo conflictos.

INTRODUCCIÓN

La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio sico-físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente

La profesión de enfermería exige una preparación teórico-práctica continua a fin de permitir al enfermero actuar en forma segura y ordenada en el control de los signos vitales, al reconocimiento de sus alteraciones y la adopción de una conducta apropiada.

DEFINICIÓN







Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante son:

1.- Temperatura (rojo): La temperatura normal del organismo es la resultante de un equilibrio entre la producción de calor y su eliminación. El ser humano es homeotermo, es decir, un organismo de temperatura

Constante, cualquiera sea el ambiente, pero en mucho menos grado en la primera infancia y en la extrema vejez, por no haberse desarrollado en la primera y haberse perdido en la segunda, el complejo mecanismo regulador. La temperatura corporal, depende del equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, interrelación establecida por el sistema nervioso, cuyo centro asienta en el hipotálamo.

Edad	Grados centígrados (°C)
Recién nacido	36,1 ± 37,7

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 46 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Lactante	37,2
Niños de 2 a 8 años	37
Adulto	36,0 ± 37,0

2.- Respiración: Es el recuento que se hace mediante la observación de los movimientos respiratorios, inhalación y exhalación, durante un minuto, observe el tórax o el abdomen del paciente e inicie el control de la respiración. La respiración puede definirse como la función que tiene por finalidad proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de O₂ y a la vez eliminar el CO₂ que resulta de la combustión celular.

TIPOS RESPIRACIÓN: Los dos tipos de respiración, torácica y abdominal, se ponen de manifiesto por el grado de desplazamiento del tórax o del abdomen. La respiración normal incluye ambos tipos de movimientos, predominando en las mujeres el componente torácico y en los niños y hombres el abdominal.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACIÓN: Las características principales de la respiración son: - Frecuencia, Amplitud, y Ritmo.

Frecuencia: Se denomina frecuencia al número de respiraciones completas que se perciben por minuto de manera inconsciente y sin esfuerzo.

Los valores normales son:

EDAD	RESPIRACIONES POR MINUTO
Recién nacido	40-60
Lactante menor	20-40
Lactante mayor	20-30
Niños de 2 a 4 años	20-30
Niños de 6 a 8 años	20-25
Adulto	12-20

Es menor durante el sueño y aumenta durante la digestión, ejercicios físicos y emociones.

Amplitud respiratoria: está dada por la normal distensión de la caja torácica y de la pared abdominal correspondiente a cada tipo respiratorio.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 47 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Ritmo: relación normal entre inspiración y espiración, siempre la inspiración es menor que la espiración. Existe una relación 2/3 entre ambos movimientos. La respiración normal se denomina eupnea.

ALTERACIÓN EN SUS CARACTERÍSTICAS: La respiración normal consiste en el ascenso y descenso rítmico de la pared torácica y del abdomen que se realiza unas 18 veces por minuto en el adulto (de manera inconsciente y sin esfuerzo) de 20 a 25 en los niños y 30 a 40 en los lactantes. En condiciones normales existe una relación bastante uniforme entre la frecuencia de la respiración y el pulso en la proporción de una respiración por cada 4 ó 5 pulsaciones.

ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA:

Bradipnea: Disminución de la frecuencia acompañada generalmente por un aumento de la profundidad.

Taquipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria

ALTERACIONES DE LA AMPLITUD RESPIRATORIA:

Respiración superficial: Caracterizada por disminución de la amplitud, se observa en procesos dolorosos que alteran la dinámica respiratoria. Generalmente se acompaña de taquipnea.

Respiración profunda: Caracterizada por aumento de la amplitud respiratoria. Se acompaña generalmente de bradipnea. La respiración profunda más típica es la "Respiración de Kussmaul": Consiste en inspiraciones profundas y ruidosas seguidas de una pausa (apnea) que puede alcanzar hasta 5 segundos; luego le sucede una espiración breve y quejumbrosa, seguida de una nueva pausa, más larga, hasta de 45 segundos. Se observa en casos de acidosis. Tiene como objeto aumentar la ventilación pulmonar para así eliminar más CO₂ y disminuir la acidosis.

ALTERACIÓN DEL RITMO RESPIRATORIO:

Respiración de Cheyne Stokes: Se producen períodos de apnea y a continuación comienzan los movimientos respiratorios, primero más superficiales, luego más amplios, hasta llegar a un máximo, para luego ir decreciendo hasta llegar nuevamente a una fase de apnea. El ritmo de Cheyne Stokes se inicia cuando un cierto grado de hipoxia vuelve hipo excitable al centro respiratorio, lo que lleva a la apnea. Esta a su vez exagera la hipoxia y determina la acumulación de CO₂. El centro respiratorio recibe entonces un doble estímulo: a partir de los quimiorreceptores directamente por la hipercapnia iniciándose un nuevo ciclo.

Disnea: Dificultad para respirar que se acompaña generalmente con aumento de la frecuencia respiratoria, irregularidad en el ritmo, tiraje, tos, sibilancias, aleteo nasal, cianosis o palidez, quejido espiratorio.

Ortopnea o disnea de decúbito: Dificultad para respirar en el decúbito dorsal.

Cianosis: coloración azulada de piel y mucosa (labios, orejas, lecho ungueal) por una insuficiente saturación de O₂ en la sangre arterial.

Apnea: Cese de la respiración.



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 48 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Acapnia: Disminución del CO₂ en la sangre.

Hipercapnia: Aumento del CO₂ en la sangre.

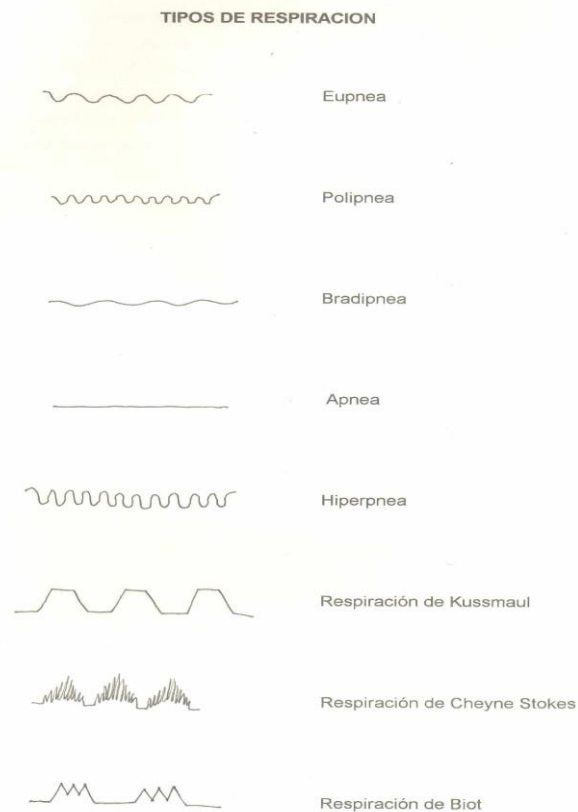
Hipoxia: Disminución del O₂ en los tejidos.

Hipoxemia: Disminución del O₂ en la sangre.

Ruidos: *roncus* y *sibilancias*: Indican disminución de la luz bronquial, son más intensos en la espiración. Los *roncus* se originan en bronquios grandes y son sonidos de tonalidad grave.

Las *sibilancias* son sonidos de tonalidad aguda y se originan en bronquios pequeños.

Tos: Es un reflejo que consiste en una espiración brusca destinada a expulsar elementos irritantes de la laringe, la tráquea o los bronquios, aunque también puede deberse a irritaciones. Cuando no hay secreciones se denominados seca y si se acompaña de ellas tos húmeda o productiva.



3.- Pulso: Se denomina pulso a la sensación táctil de elevación de la pared arterial, sincrónica con los latidos cardíacos y que se percibe cada vez que (con técnica adecuada) se palpe una arteria contra un plano de resistencia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 49 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CARACTERÍSTICAS DEL PULSO ARTERIAL:

El pulso arterial tiene características propias, que indican el estado de normalidad de la función cardíaca y vascular. Cuando por factores de índole fisiológico o patológico dicha normalidad se altera, se producirán variantes en estas características.

Al controlar el pulso se deben explorar las siguientes características:

Igualdad: el pulso es igual cuando todas las ondas tienen la misma amplitud (altura de la onda). La igualdad se establece por la comparación entre las diversas amplitudes de las sucesivas ondas pulsátiles. El pulso igual tiene todas las ondas de la misma amplitud. El pulso desigual tiene todas las ondas de diferentes amplitudes (pulso completamente desigual) o en sucesión fásica de una onda grande a la que le sigue otra pequeña y así sucesivamente. Esta variedad se denomina pulso alternante.


Tensión o dureza: se mide a través de la presión que debe efectuar la mano del operador para anular la sensación de choque o levantamiento. La dureza del pulso está dada por la presión que ejerce la sangre dentro de las arterias más la resistencia que dichas arterias ofrecen a esa presión. El aumento de la tensión se denomina pulso duro y se presenta en la esclerosis de la pared arterial o en la hipertensión arterial. Su disminución se denomina pulso blando y se presenta en la hipotensión arterial.

Amplitud: es la altura de la onda del pulso y está condicionada por la magnitud de la presión diferencial.

VALORES NORMALES

EDAD	PULSACIONES POR MINUTO
Recién nacido	120 ± 170
Lactante menor	120 ± 160
Lactante mayor	110 ± 130
Niños de 2 a 4 años	100 ± 120
Niños de 6 a 8 años	100 ± 115
Adulto	60 ± 80

4.- Tensión arterial: Se entiende por *presión sanguínea* al empuje que ejerce la sangre sobre las

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 50 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

paredes arteriales. Con el nombre de *presión arterial* se indica la resistencia que oponen esas paredes a la presión de la sangre, lo que expresa la elasticidad vascular. En la práctica ambas definiciones se consideran sinónimos, pues aunque significan dos fuerzas de sentido contrario, los valores de una son prácticamente equivalentes a los valores de la otra, ya que ambas son fuerzas de idéntica intensidad.

Sitios para tomar la presión

- Arteria humeral o braquial (en el pliegue del codo)
- Arteria femoral
- Arteria poplítea
- Arteria tibial

Factores que afectan a la tensión arterial.

A) Edad y sexo : las presiones arteriales son mayores en mayores , en varones jóvenes que en mujeres , pero a partir de los 50 años , estas tienden a presentar presiones arteriales superiores .

B) Raza : la elevación tensión al en la raza negra que en la blanca . La hipertensión entre la población es más elevada.

C) Herencia : la prevalencia de hipertensión es superior entre los familiares de hipertensos .

D) factores ambientales : el estrés es un factor importante de la hipertensión , también el tamaño de la familia ,

El hacinamiento , la ocupación , ambientes psicosociales adversos (emigración), cambios dietéticos , psicológicos.

La prevalencia de hipertensos es mayor cuanto menor es el nivel económico y educativo.

E) factores dietéticos: señalan la relación que existe entre sobre peso y presión arterial.

Factores controlables:

- Obesidad
- Consumir demasiada sal
- Alcohol
- Falta de ejercicio
- Estrés

Factores no controlables

- Raza
- Herencia
- Edad

ALTERACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

Hipertensión: Aumento de la presión vascular sanguínea es la tensión arterial anormal alta por

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 51 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

encima de 140 mm hg. O encima de 100mmhg diastólica.

Hipotensión: Tensión opresión baja reducida, especialmente en la sangre. Es una presión arterial anormal baja, por debajo de 100mmhg. De la sistólica y 50mmhg de la diastólica.

VALORES NORMALES

Edad	Presión sistólica (mmHg) Presión diastólica (mmHg)
Lactante	60 ± 90 30 ± 62
2 años	78 ± 112 48 ± 78
12 años	95 ± 135 58 ± 88
Adulto	100 ± 140 60 ±


5- Glucometría: Es la medición de los niveles de glucosa en la sangre, utilizando un instrumento llamado glucómetro. Así se puede conocer los niveles rápidos de glucosa para orientar la conducta a seguir con el paciente. Este examen se practica a las personas que requieran determinar el valor de la glucosa en sangre, especialmente a aquellas que tengan diagnóstico de Diabetes Mellitus y gestantes.

VALORES NORMALES

VALOR	RESULTADO
Mayor 110mm/dl	Hiperglucemia
Entre 80 - 110	Normal
Menor de 80	Hipoglicemia (Ver sintomatología)

6- Pulsoximetría: Es una técnica no invasiva que mide la saturación de oxígeno de la hemoglobina en la sangre circulante, habitualmente en sangre arterial (SaO₂). Como que la SaO₂ y la presión parcial de oxígeno (PaO₂) están relacionadas por la curva de disociación de la hemoglobina, bajo ciertas condiciones, la SaO₂ se correlaciona bien con la PaO₂.

Para la medición se precisa de un aparato de pulsioximetría, con un sensor en forma de pinza, que emite un haz de luz que se refleja en la piel del pulpejo del dedo, midiendo la cantidad de luz absorbida por la oxihemoglobina circulante del paciente. Los pulsioxímetros miden, en un intervalo de tiempo, la relación entre las diferencias de absorción de las luces rojas e infrarrojas. Esta

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 52 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

relación se vincula directamente con la saturación de la oxihemoglobina. La absorción en la sangre arterial aumenta ligeramente con cada latido, lo que significa que es necesaria la presencia del pulso arterial para que el aparato reconozca alguna señal. Las longitudes de onda pueden tener alguna pequeña variación dependiendo del fabricante, pero generalmente el rojo está en el rango 630-660nm y el infrarrojo en el rango 800-940nm.

VALORES NORMALES

VALOR	RESULTADO
Entre 95 y 97%	Normal
Entre 95 y 93%	Situaciones patológicas
Entre 92 y 90%	Insuficiencia respiratoria crónica vs aguda.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura.

OBJETIVOS




- Estandarizar el procedimiento de Signos vitales durante el proceso de atención del paciente, de modo que se garantice la monitorización de los parámetros básicos del cumplimiento del plan de cuidado.
- Verificar el estado del usuario de acuerdo con la frecuencia, ritmo, volumen y Características presentadas.
- Ayudar al diagnóstico y evolución de alguna de las patologías.
- Controlar el efecto de ciertos tratamientos.


ÁMBITO DE APLICACIÓN




Todos los centros de salud y servicios asistenciales de Red Salud Armenia ESE.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 53 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

POBLACIÓN OBJETO 


Todas las áreas de atención de pacientes donde se aplique el procedimiento de Signos Vitales, y medidas antropométricas en las diferentes.

PERSONAL QUE INTERVIENE 


- Medico
- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO 

- Termómetro
- Reloj con segundero
- Tensiómetro
- Fonendoscopio
- Pulsoxímetro
- Glucómetro
- Lancetas
- Desinfectante
- Torundas de algodón
- Guantes desechables
- Hoja de registro de signos vitales y lapicero.
- Balanza
- Tallímetro

INDICACIONES 

- Verificar el estado clínico del paciente

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 54 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Complementar las ayudas diagnósticas y de evolución de la patología de base
- Controlar el efecto de algunos medicamentos utilizados en el tratamiento
- Detectar cambios tempranos que puedan indicar patología adicional o nueva.

PROCEDIMIENTO



TOMA DE TEMPERATURA

- Realizar lavado de manos según protocolo
- Informar al paciente y la familia de la técnica a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar que la escala del termómetro de mercurio está a 35°
- Comprobar que la axila del paciente esté seca y libre de ropa.
- Coloque la ampolla de mercurio en el centro de la axila y déjelo por 3 – 5 minutos.
- Indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho. Sujetar el brazo en su lugar si el paciente no puede
- Mantener el termómetro de 3 a 5 min.
- Retirar y leer. Observar la columna de mercurio hasta donde marque en grados, se considera fiebre cuando la temperatura es $> o = a 38.3$ C. en adultos y $38^{\circ}C$ niños.
- Limpiar el termómetro, una vez retirado en agua fría y antiséptico.
- Secar.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de Enfermería. Registre la temperatura en la hoja de signos vitales, si tiene control especial regístrela en la hoja de control de signos vitales, realice la curva de temperatura y analícela haga su respectiva evolución. El estudio de las gráficas de temperatura revela el modo como evolucionan diferentes enfermedades

TOMA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

- Realizar lavado de manos según protocolo
- El paciente se encontrará en reposo tanto físico como mental, puede estar sentado o acostado en tanto que el personal puede sostenerle la muñeca simulando controlar el pulso. Con estas maniobras se evitan modificaciones de la respiración por la actividad y el hecho de que el paciente sepa que se lo está observando
- Si el paciente es un niño el personal podrá colocar su mano sobre la parte inferior del tórax o sobre el abdomen a fin de facilitar el control de la frecuencia respiratoria.
- Se contarán los movimientos respiratorios durante un minuto observando el ritmo y la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 55 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

amplitud.

- Se observará además la presencia de características anormales que indiquen alteraciones de la función respiratoria.
- Se contarán los movimientos respiratorios durante un minuto observando el Ritmo y la amplitud.

TOMA DE LA TENSIÓN ARTERIAL:

- Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.
- Realizar lavado de manos.
- Informar al paciente y a la familia la técnica a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina.
- El brazo del paciente estará libre de ropa que ejerza presión o torniquete, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón.
- Fijar el brazalete de control de presión arterial, Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2-3 cm. por encima de la fosa antecubital y rodear el brazo.
- Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar.
- Inflar el manguito unos 30 mm de Hg. por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial.
- Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 ó 3 mm/Hg. por segundo, manteniendo esta velocidad hasta la finalización de la técnica.
- El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima.
- Retirar el manguito del esfigmomanómetro y el estetoscopio.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registro de Enfermería las cifras obtenidas, fecha y hora de la toma.
- Si los valores obtenidos están fuera de los rangos avisar inmediatamente..

TOMA DE LA FRECUENCIA CARDIACA

- Realizar lavado de manos.
- Informar al paciente y a la familia.
- Elegir el lugar de palpación: radial, carótida, temporal ó femoral.
- Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (Preferentemente radial) haciendo una ligera presión.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 56 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Localice la arteria, haga presión suave con los dedos índice, medio y anular y cuente el número de respiraciones en un minuto.
- Contar las pulsaciones durante 1 minuto.
- Anotar en Registros de Enfermería:) Número pulsaciones por minuto.)Ritmo (regular o irregular).Intensidad (fuerte o débil).Hora.
- Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con fonendoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el número de latidos durante 1 minuto.

TOMA DE LA OXIMETRÍA DE PULSO

- Realizar lavado de manos.
- Informar al paciente y a la familia.
- Antes de colocarlo, se debe masajear el pulpejo del dedo, luego se coloca la pinza con el sensor
- Esperar a recibir la información en la pantalla del aparato.
- Realizar registro del resultado, si se presentan alteraciones informar inmediatamente.

TOMA DE LA GLUCOMETRÍA

- Lavarse las manos según el protocolo establecido
- Explicar el procedimiento al paciente
- Tener el glucómetro, calibrado (algunos se auto calibran) y verificar la fecha de vencimiento
- Tener disponible lancetas, ubicar el número según la fuerza y profundidad que requiera la punción de acuerdo a la textura de la piel (para el adulto generalmente 3 ó 4)
- Puncionar uno de los dedos de cualquiera de las manos en la región lateral de las yemas, limpiando la primera gota con una toallita de papel y utilizando la segunda gota para colocarla en la tirilla respectiva.
- Prender el glucómetro con la tirilla y aplicar la gota de sangre, el resultado se verá en algunos segundos.
- Interpretar el resultado, según las metas establecidas por su equipo de educación
- Retirar las tirillas usadas y desecharlas en un guardián si lo tiene disponible
- Retirar la aguja, evitando puncionarse por accidente nuevamente.
- Registro del procedimiento
- Anotar la cifra obtenida en la hoja de medicación o en la de control de glucemia, si ésta se utiliza.

MEDICION DE PESO


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 57 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Solicitar al usuario en lo posible retirarse zapatos y otros elementos (celulares, llaves, monedas) que aumentarían en alguna medida el valor del peso.
- Verifique que la báscula se encuentre en cero y que este bien balanceada.
- Coloque al usuario en el centro de la plataforma.
- El usuario debe pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.
- Verifique que los brazos del usuario estén hacia costados y holgados, sin ejercer presión.
- Observe que la cabeza este firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo.
- Evite que el usuario se mueva para prevenir oscilaciones en la lectura del peso. Si se cuenta con bascula digital, enciéndala y espera que de la lectura del peso del usuario.
- Si el usuario es un recién nacido o lactante debe utilizar la báscula pediátrica teniendo en cuenta las precauciones anteriores.
- Deje al menor únicamente en pañal si este seco, si esta mojado solicite el cambio pues esto varia bastante en el peso de un lactante.
- Recueste al menor en toda la bandeja dispuesta para la medición, y solicite a los padres o acompañante tranquilice y sostenga al menor evitando en lo posible movimientos bruscos.
- Realice la lectura de la medición en Kg y g y de frente. Registre el dato inmediatamente y en voz alta. Por ejemplo 48.5 y anótelos en la hoja de evolución.

MEDICION DE LA TALLA

- La estatura se mide con la persona de pie y sin zapatos ni adornos en la cabeza que dificulten o modifique la medición:
- Coloque al usuario para realizar la medición.
- La cabeza, hombros, caderas y talones juntos deberán estar pegados a la pared bajo la línea de la cinta del estadimetro. Los brazos deben colgar libre y naturalmente a los costados del cuerpo.
- Mantenga la cabeza de la persona firme y con la vista al frente en un punto fijo. Solicite que el usuario contraiga los glúteos, y estando frente a el coloque ambas manos en el borde inferior del maxilar inferior del explorado, ejerciendo una mínima tracción hacia arriba, como si deseara estirarle el cuello.
- Vigile que el sujeto no se ponga de puntillas colocando su mano en las rodillas, las piernas rectas, talones juntos y puntas separadas, procurando que los pies formen un ángulo de 45°.
- Desliza un elemento recto que permita la medición de arriba hacia abajo hasta ubicar la cabeza del sujeto, presionando suavemente contra la cabeza para comprimir el cabello.
- Cuando el usuario es un lactante se debe colocar el infantometro sobre la camilla y sobre este de forma cuidadosa el menor, solicitando al padre o acompañante sostenga y tranquilice al menor.
- Se debe colocar la base del infantometro ubicada a los pies se debe ajustar una vez se

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 58 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

hayan estirado de forma completa las piernas del niño, evitando que el menor este torcido o alejado de la base.

- Verificar nuevamente que la posición del sujeto sea la adecuada.
- Realice la medición y anote en el formato de evolución.

PRECAUCIONES



TEMPERATURA ORAL: Evitar tomarla:

Después de ingerir alimentos.

A usuarios en postoperatorios de boca y nariz.

A personas que presenten traumatismos o infecciones de la boca.

A usuarios con enfermedades mentales, inconscientes, agitados o con acceso de tos.

Recién nacidos y lactantes.

Individualizar el uso del termómetro para cada usuario.

Observar que el termómetro se encuentre en buen estado.

Rectificar la cifra en caso de duda.

Permanecer al lado del usuario mientras se toma la temperatura.

TOMA FRECUENCIA RESPIRATORIA:


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

TOMA DE LA FRECUENCIA CARDIACA:

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

TOMA DE TENSION ARTERIAL:

- Colocar el manómetro de tal forma que se facilite la lectura de la escala.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 59 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Sacar completamente el aire del brazalete, cuando sea necesario rectificar la cifra tensional.
- Evitar insuflar demasiado aire, cuando no sea necesario.
- Colocar el brazalete cinco dedos por encima del pliegue del brazo, dejando este espacio para colocar el tambor del fonendoscopio.
- Colocar el brazalete siguiendo la marcación del sitio donde se encuentre la arteria.

TOMA DE LA OXIMETRIA DE PULSO:

- Antes de evaluar al paciente se debe probar el funcionamiento del sensor y del equipo realizando una medición en uno mismo. Hay que tener la precaución de utilizar siempre el sensor correspondiente al equipo que se está utilizando y elegir el sensor adecuado al paciente (pediátrico o adulto, para el dedo o para el lóbulo de la oreja).
- Cuando existe disparidad entre los valores de la SpO2 y el estado clínico del paciente, o no se logra una buena señal de la curva pletismográfica, hay que cambiar de sitio el sensor y/o probar con otro sensor que se acomode mejor al paciente

TOMA DE GLUCOMETRIA:

- Esta medición será utilizada como un tamizaje para conocer el valor actual de glicemia del individuo y no representa un método de diagnóstico de un trastorno metabólico
- La Alimentación previa deberá ser sin restricciones y la actividad física habitual, al menos 3 días previos al examen.
- El individuo deberá permanecer en reposo y sin fumar durante el examen.
- No se deberá efectuar en sujetos con cuadro febril o infecciones.
- Se deberá evaluar si el individuo se encuentra en ayunas o si ha consumido alimentos (para esto se considerara glicemia en ayunas con más de 8 horas sin ingerir alimentos.)
- Se deberá verificar que la codificación de la tira reactiva sea la adecuada para el Glucómetro.

MEDICION DEL PESO:

- Para la toma del peso, bascula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme.
- Antes de iniciar, comprobar el adecuado funcionamiento de la báscula y su exactitud.

MEDICION DE LA TALLA:

Antes de medir, vigilar que el usuario se quite los zapatos, y en el caso de las niñas, no traigan diademas, broches, colas de caballo, medias colas, etc... que pudieran falsear la estatura.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 60 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONCLUSIONES



Tomar, interpretar, registrar e informar adecuadamente y con oportunidad los signos vitales al paciente a quien se le está realizando una atención, garantiza un diagnóstico y tratamiento eficaz con el fin de mantener o restablecer su salud.

COMPLICACIONES



TOMA DE LA TEMPERATURA:

- Ruptura del termómetro durante el procedimiento

TOMA DE LA FRECUENCIA CARDIACA:

- Datos errados por toma muy rápida (en menos de 1 minuto)

TOMA DE LA TENSION ARTERIAL:

- Obstrucción del paso de líquidos o infiltración de venas canalizadas al obstruir el paso durante la toma de tensión.
- Lesiones petequiales de piel en caso de fragilidad capilar.

TOMA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA:

- Datos errados por toma muy rápida (en menos de 1 minuto)

TOMA DE GLUCOMETRIA:


- Resultado alterado por descalibracion del glucómetro generando un diagnóstico erróneo.

MEDICION DEL PESO:

- Caída de la bascula
- Medición inadecuada o incorrecta.

MEDICION DE LA TALLA:

- Caída de la camilla en el caso de lactantes.
- Medición inadecuada del usuario.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 61 de 315




Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	  
--	---

- Recalcar al usuario y familia la importancia del cumplimiento de las recomendaciones dadas por el personal asistencial para la toma de signos vitales.
- Informar al personal asistencial cuando se presenten de alteraciones de los signos vitales en el usuario.


BIBLIOGRAFÍA	  
---------------------	---

- Enfermería Medico quirúrgica, Plan de mejora del proceso de enfermería. Vol. 1 y2.
- Donna D. Ignatavicius. Marilin Varner Bayne.Mc Graw Hill Interamericana.

ANEXOS	  
---------------	---

1. Lista de chequeo en adherencia al protocolo de toma de signos vitales.

La competencia Cuidar a La Persona en Actividades de la Vida Diaria según Situación Individual, Delegación Profesional y Protocolos Institucionales, consiste en el fianzamiento y la aplicación de los conocimientos.
Objetivo: Revisar objetivamente los cuidados básicos que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.
Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.
Responsable: Jefe del servicio
FECHA: _____ TURNO: _____
NOMBRE OBSERVADO :
SERVICIO:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 62 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

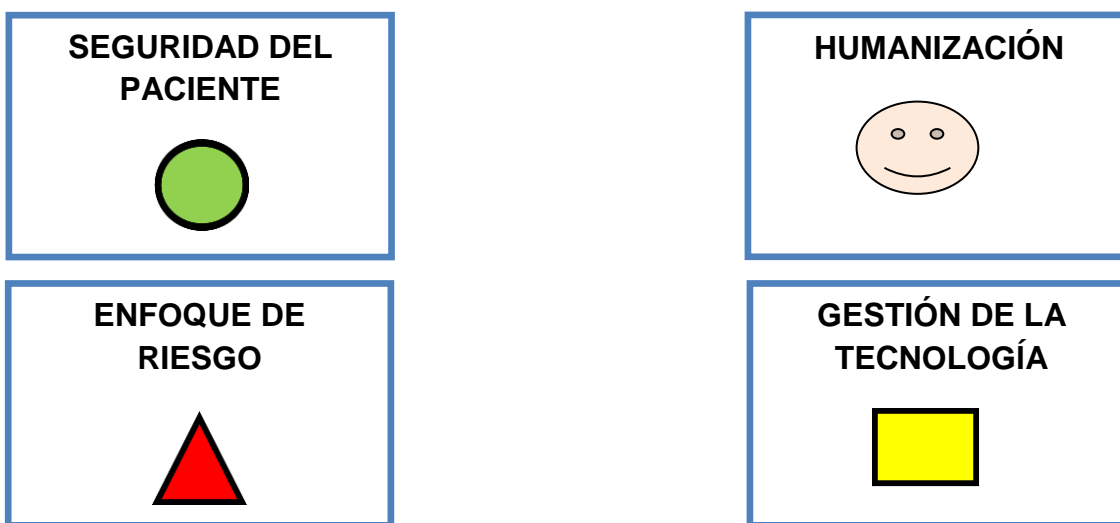
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Lavado de manos (bioseguridad)			
Revisa el equipo que funciones adecuadamente y este completo, lleva en que elaborar sus registros inicialmente.(sus registros son organizados).			
Saluda al paciente y a su familia, les explica el motivo de su presencia.			
Toma los signos vitales correctamente, se toma el tiempo que corresponde.			
Avisa inmediatamente los cambios importantes a su jefe inmediato y a la auxiliar de medicamentos.			
Entiende el por qué debe trabajar en equipo esta asignación.			
Pasa los registros a la historia clínica correctamente y en el tiempo que le corresponde.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 63 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



<h1>PROTOCOLO DE VENOPUNCION</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-007
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Educar no es enseñar el hombre a saber, sino a hacer”.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN





	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 64 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

El uso de la vía venosa periférica con catéter se ha generalizado en la asistencia hospitalaria hasta el punto de que casi la totalidad de pacientes son portadores de uno o más catéteres venosos, incluidos los atendidos en el Servicio de Urgencias.

La seguridad del paciente como prioridad en los procesos es la base de la atención hospitalaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales asistenciales.

Nuevos hallazgos en investigación y avances en la tecnología y materiales de fabricación de catéteres hacen necesario revisar el Protocolo de Catéter periférico.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

Es el procedimiento por medio del cual se traspasa la barrera de protección exterior (piel), para canaliza una vena a través de un catéter en un tiempo determinado, con el fin de administrar líquidos y/o medicamentos en forma continua al torrente circulatorio del usuario, de acuerdo a su patología y orden médica. La canalización intravenosa (IV) es un medio para lograr acceso directo a la circulación venosa, en el cual debe emplearse técnica aséptica.

ELECCIÓN DEL SITIO DE PUNCIÓN:

Al seleccionar la vena a canalizar se debe tener en cuenta:

Calibre de vena acorde con el catéter a insertar.

Flujo venoso que asegure la dilución

La piel del sitio de punción debe estar sin lesiones. No canalizar venas trombosadas o con focos flebíticos, miembros con fístula arteriovenosa, déficit sensitivo o motor, vaciamiento ganglionar.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CATÉTERES PERIFÉRICOS

Elegir en primera instancia las venas dístales para preservar las venas proximales, para posibles cambios de sitios de venopunción, lo cual interviene en la disminución de flebitis.

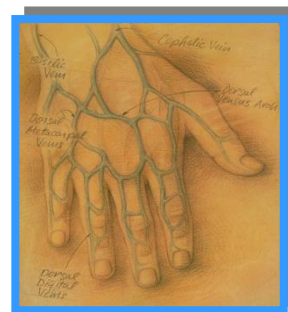
De preferencia se deben utilizar las venas de las extremidades superiores (Gráfico 1).

* **Fosa antecubital:** Vena *basílica* (de gran calibre, fácil visualización y móvil), *cefálica* (de gran calibre y fácil acceso) y *mediana* (se originan en la palma de la mano y desembocan en la basílica o mediana cubital).

* **Antebrazo:** Vena radial superficial, vena cubital superficial y mediana.

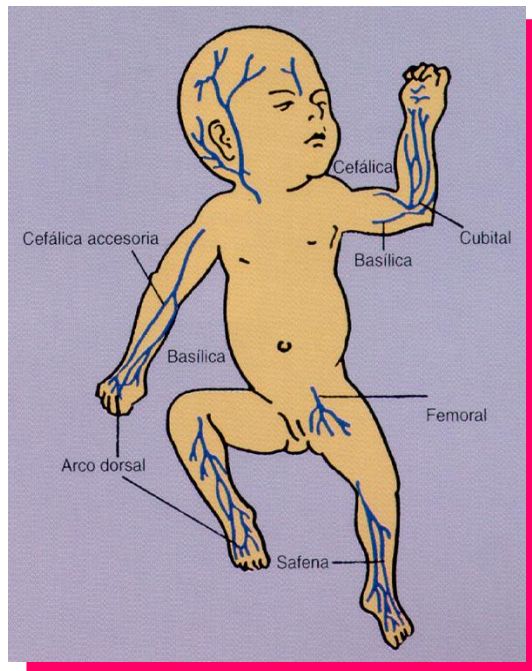
Dorso de la mano: Metacarpianas (fáciles de ver y palpar, primera elección en pediatría, no se recomienda

Venas de las extremidades superiores



Lactantes: las venas a canalizar de preferencia son: Metacarpianas, Fosa ante cubital, Safena, Arco dorsal de los miembros inferiores

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



EPIDEMIOLOGÍA

La flebitis es una causa importante de la infección nosocomial, que complica entre el 26.6% - 27% de cateterizaciones de vena o arteria y en otros casos causa hasta el 50% de la morbilidad hospitalaria, actualmente el porcentaje de flebitis aceptado es el 5% o menos; pero la incidencia de trombosis es más alta con el 15% - 30%.

La mayoría de estas complicaciones son de origen mecánico y químico, siendo el sitio anatómico más frecuente la muñeca, luego el dorso de la mano y el pliegue del codo, ya que estos sitios favorece el movimiento del catéter contra la pared vascular y por último el antebrazo con menor incidencia; sumado a lo anterior, también beneficia la aparición de estas complicaciones, el calibre del catéter, ya que los delgados y pequeños disminuye su incidencia con un 6.9% frente a un 10.5% cuando se usa vías centrales de acceso periférico.

Igualmente el tipo de medicamentos que se asocian con complicaciones de tipo químicas son los antibióticos, medicamentos oncológicos y el cloruro de potasio; la mayoría de estas complicaciones aparecen en el primer día de hospitalización y en el servicio de urgencias.

MICROBIOLOGÍA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 67 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Los gérmenes normalmente asociados a estas complicaciones corresponden a 32 especies de Staphiloccocus, entre ellas la S. aureus y SCON (Staphiloccocuscoagulasa negativa) las más frecuentes y el S. epidermidiscon un 74% - 92% de todas las infecciones por SCON (Staphiloccocuscoagulasa negativa).

En un segundo lugar se hallan los bacilos Gram negativos de tipo entérico (E. Coli, y similares), los microorganismos de la piel y ambiente (Pseudomonas).

OBJETIVOS



- Procedimiento que tiene como propósito utilizar una vía venosa con fines terapéuticos
- Dotar a los profesionales de enfermería de una guía de estrategias para la canalización y mantenimiento de una vía venosa periférica, unificando los criterios de actuación.
- Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica.
- Disminuir el índice de accidentes con punzantes de los profesionales.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Enfermeras jefes y auxiliares asistenciales de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Todos los pacientes atendidos en Red Salud Armenia E.S.E y que precisen vía venosa.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermeras
- Auxiliares de Enfermería

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 68 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

MATERIALES Y EQUIPO



+ Catéteres venosos de diferentes números:

- 14 Anaranjado
- 16 Gris
- 18 Verde
- 20 Rosado
- 22 Azul
- 24 Amarillo

- + Algodones estériles
- + Solución antiséptica
- + Esparadrapo
- + Equipo venoclisis (macrogooteo – microgooteo)
- + Solución endovenosa
- + Guantes
- + Torniquete

INDICACIONES




- Cuando no es posible administrar la medicación o líquidos por vía oral.
- Cuando se requieren efectos inmediatos de medicamentos.
- Cuando la administración de sustancias imprescindibles para la vida no se pueden administrar por otro medio.

PROCEDIMIENTO



1. Quítese el reloj, las joyas y aliste el equipo.
2. Tenga presente y aplique las normas de bioseguridad.
3. Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
4. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda según la zona que hayamos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 69 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- elegido para la punción.
5. Explique el procedimiento y solicite su colaboración.
 6. Observe cuidadosamente al paciente con el fin de elegir la mejor vena para canalizar teniendo en cuenta:
 - a. El estado de las venas del paciente.
 - b. Características de la solución a infundir.
 - c. Calibre del catéter.
 7. Colocar el protector debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del paciente).
 8. Preservar la intimidad del paciente.
 9. Lávese las manos.
 10. Colóquese los guantes.
 11. Coloque el torniquete al paciente unos tres o cuatro centímetros por encima del sitio de punción elegido.
 12. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
 13. Limpiar del centro hacia la periferia con alcohol antiséptico al 70% o yodopovidona 10% o clorhexidina 4%, más o menos de 15 a 20 cm del sitio de inserción por tres veces con algodón o gasa diferente para la antisepsia de la piel y esperar que tome contacto con la piel al menos 30 segundos antes de insertar el catéter. *No se debe aplicar alcohol 70% después de aplicar Yodopovidona porque se inactiva el efecto de ésta.*
 14. Tomar el catéter con la mano dominante.
 15. Desenfundar el catéter.
 16. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.
 17. Puncione la piel del paciente con el bisel de la aguja hacia arriba y diríjala por debajo de la piel hacia la vena y punciónela.
 18. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
 19. Una vez obtiene retorno de la sangre, retire el torniquete.
 20. Conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 ó 3 cc. de suero fisiológico colocando posteriormente el obturador.
 21. Fijar el catéter con esparadrapo o micropore, a la piel para evitar tracciones.
 22. En esparadrapo escriba la fecha y hora de la canalización de la vena.
 23. Gradúe el goteo con él cuenta gotas del equipo de macrogoteo o microgoteo.
 24. Si el paciente no tiene ordenado líquidos endovenosos, coloque un catéter heparinizado y lávelo con 3 a 5 cc de solución salina. Este lavado debe realizarse cada vez que administra medicamentos por el catéter, con el fin de que este no se tape.
 25. Informe al paciente que el procedimiento ha finalizado.
 26. Realice la disposición final de residuos en los recipientes respectivos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 70 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
28. Retirarse los guantes.
29. Realizar lavado de manos.
30. Registro el procedimiento en la hoja correspondiente: notas de enfermería, registro de medicamentos y control de líquidos según el caso, anotando fecha, hora y calibre del catéter.

PRECAUCIONES



- Inmovilizar el sitio de venopunción en el paciente con agitación, inconciencia, o en zonas de venopunción coincidentes con articulaciones.
- Vigilar el paciente para verificar cualquier reacción.
- Siempre revisar agujas o catéteres que se van a utilizar para detectar a tiempo cualquier imperfección.
- Seleccionar el tipo de calibre adecuado teniendo en cuenta tipo de paciente, edad, objetivo de canalización, vena a utilizar y tipo de tratamiento a recibir.
- Usar catéteres de pequeño calibre y longitud (22 y 24) para administración de antibióticos y/o sustancias irritantes e introducirlo en una vena gruesa para facilitar la hemodilución y reducir la irritación de la vena.
- Evitar punciones en las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No puncionar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No se deben utilizar elementos como guantes o presión manual en lugar de torniquete técnicamente diseñado para evitar fallas en el proceso.
- El sitio de punción no requiere ser rasurado, sólo cuando los vellos impidan realizar el procedimiento se debe realizar para facilitar la visualización y fijación
- Un catéter permite solo una punción, si se fracasa la cateterización es necesario cambiar el sitio de punción. No se debe puncionar en otro sitio con el mismo catéter.
- No se debe permitir que el material no estéril quede en contacto directo con el sitio de punción.

CONCLUSIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 71 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

La mayoría de los pacientes que ingresan al hospital reciben fluidos intravenosos en algún momento. Existe un pequeño riesgo de infección del torrente sanguíneo asociado a cada dispositivo utilizado para estos fines dependiendo del tipo y uso que se le dé, pero el riesgo de cualquiera aumenta progresivamente con el tiempo que permanece instalado.

El circuito de administración debe ser estéril y manejarse como circuito cerrado. Las fuentes de contaminación más frecuentes son: Contaminación intrínseca de los fluidos, contaminación del circuito o fluidos durante la manipulación y contaminación de la cánula tienen importancia en la generación de infecciones del torrente sanguíneo.

Al realizar la venopunción para llevar a cabo la terapia intravenosa, se debe tener en cuenta la duración de la terapia intravenosa, la historia clínica del paciente, la edad, el estado de las venas, el tipo de medicación endovenosa ión de la terapia.

COMPLICACIONES



CLASIFICACIÓN DE LA FLEBITIS DE ACUERDO A LA ETIOLOGÍA

FLEBITIS MECÁNICA: su aparición es dentro de las primeras **12 horas**, es una irritación de la íntima de la vena, en el sitio de punción, causada por el contacto con el material del catéter y la inmovilización.

FLEBITIS QUÍMICA: se produce de manera **inmediata**, es una irritación del endotelio vascular originado por el contacto con soluciones hipertónicas o medicamentos con PH ácido o alcalino. (ANTIBIÓTICOS, SOLUCIONES DE POTASIO)

FLEBITIS BACTERIANA: se evidencia después de las **72 horas**. Inflamación originada por cualquier tipo de microorganismo, generalmente causada por la falta de aplicación de una adecuada técnica aséptica.

CLASIFICACIÓN DE LA FLEBITIS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	No hay síntomas clínicos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 72 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

1	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. No hay formación de estrías, no hay cordón venoso palpable
2	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. No hay cordón venoso palpable.
3	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. Cordón venoso palpable.


TROMBOSIS: Se desarrolla trombos en el área de entrada del catéter o pared vascular y se manifiesta después de que éste ha sido extraído; es asintomática o moderadamente dolorosa.

TROMBOFLEBITIS: Habitualmente está acompañada de fiebre, malestar general y leucocitosis que puede indicar compromiso bacteriano. Los síntomas agudos se manifiestan en pocos días pero la hipersensibilidad local puede perdurar por varias semanas, produciendo la formación de un cordón venoso no doloroso; este cuadro puede evolucionar a una tromboflebitis supurativa evidenciado por la salida de material purulento del sitio de venopunción.

INFILTRACIÓN: Es la administración inadvertida de medicamentos o soluciones vesicantes en los tejidos circundantes. La severidad del daño tisular depende del el tipo, concentración y volumen de la solución / medicamento.

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	No hay síntomas clínicos
1	Palidez de la zona, Edema menor 1 pulgada, Piel fría al tacto, Presencia o no de dolor.
2	Palidez de la zona, Edema 1-6 pulgadas, Piel fría al tacto, Presencia o no de dolor.
3	Palidez de la zona, Translucidez, Edema mayor 6 pulgadas, Piel fría al tacto, Dolor moderado.
4	Palidez de la zona, Translucidez, Edema mayor 6 pulgadas, Piel fría al tacto, Dolor profunda, Alteración circulatoria; Infiltración de sangre o sus derivados, soluciones vesicantes.

EXTRAVASACIÓN: Es la administración inadvertida de soluciones y/o medicamentos vesicantes en los tejidos circundantes, esta requiere la interrupción inmediata de la infusión, porque la severidad de la lesión es influenciada por el tipo, concentración y volumen de la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 73 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

solución/medicamento. La extravasación es evaluada como grado 4 de infiltración.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Informar al paciente y su familia sobre:

- Que se espera de las venopunción en referencia a efectos deseados y no deseados, duración, por cuantos días se va a utilizar, cuidados para evitar la descanalización y prevención de infecciones.

El paciente y/o familia debe informar a personal de salud sobre presencia de síntomas como rubor, calor, dolor.

BIBLIOGRAFÍA



- Acofaen, el profesional de enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones Intrahospitalarias, 1998
- Arroyave c. marta I., González Germán. infección Intrahospitalaria prevención y control, tercera edición 1999.
- Bárbara m. Soule, Elaine I. Larson, Gary a. Preston infecciones y practica de enfermería prevención y control, editorial Mosby/Doyma libros
- Comitê de vigilância epidemiológica (COVE), Control de infecciones hospitalarias hmcr. Cali, 2002.
- Mandell, Douglas y Bennett. enfermedades infecciosas, principios y práctica. cuarta edición. 2000.
- Hospital Santa Clara E.S.E boletín, unidad de Infectología boletín nº 2. Bogotá, Colombia 2002.
- Journal of intravenous nursing. January/February 1998.
- Malagón, Londoño Gustavo. infecciones hospitalarias, editorial panamericana 1999, segunda edición.
- Ponce de león, Samuel. manual de prevención y control de infecciones hospitalarias / ops/oms 1996

ANEXOS



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 74 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

1. LISTA DE CHEQUE PARA REALIZACION DE VENOPUNCION SEGURA

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar la venopuncion segura

LISTA DE CHEQUEO PARA EL CONTROL DE VENOPUNCION

La competencia cuidar a la persona en actividades de la vida diaria según situación individual, delegación profesional y protocolos institucionales, consiste en el afianzamiento y la aplicación de los conocimientos.

Objetivo:

Revisar objetivamente los cuidados básicos que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.

Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.

Responsable: Jefe del servicio

FECHA:

TURNO:

NOMBRE OBSERVADO :

SERVICIO:

ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Tiene claro el concepto de control de venopuncion.			
Conoce la anatomía del sistema venoso para canalizar el acceso venoso.			
Hizo un correcto lavado de manos.(5 momentos de lavado de manos)			
Arregla el equipo completo para colocación del acceso IV.			
Cuando fue la última vez que le cambio el acceso iv al paciente, esta rotulado?			
Inicia el turno revisando el cambio de equipos y venoclisis?			
Aplica la técnica aséptica correcta preparando y colocando soluciones iv.			
Hace registros de enfermería de lo visto y elaborado.			

medicamentos y para conocer donde se debe fortalecer al personal asignado en esta actividad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 75 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</h2>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
	REFLEXIÓN: <i>Si lo que vas a decir no es más bello que el silencio: no lo digas. Proverbio árabe</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN


SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO




GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA






	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 76 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

. Los autores de este protocolo declaran que no tienen ningún conflicto respecto a la elaboración de este protocolo

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

La administración de medicamentos es un proceso fundamental dentro de las instituciones prestadoras de salud, dado que mediante este proceso se administra los tratamientos a los pacientes. “Los medicamentos constituyen la más común y relevante respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de atención de los usuarios. Pero los medicamentos a pesar de ser el mecanismo más efectivo para el mejoramiento y mantenimiento de la salud, también constituyen el mayor riesgo para la presentación de un evento adverso. “Se ha detectado la existencia de un conjunto de problemas que afectan el uso adecuado de los medicamentos, imponiéndose la necesidad de crear mecanismos para su solución. Esta problemática y sus mecanismos de solución son aplicables también a los dispositivos médicos. Es por todo lo anterior que se convierte en un aspecto fundamental la unificación de criterios y de pasos que se van a implementar en la institución para la realización de un procedimiento más práctico y seguro.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

El proceso de preparación e introducción de medicamentos al organismo, directamente en los tejidos o el torrente sanguíneo por medio de diversas vías de administración, con el fin de obtener un efecto terapéutico.

OBJETIVOS	  
------------------	---

OBJETIVO GENERAL: unificación de criterios y de pasos en el fortalecimiento de las destrezas y competencias en aras de mejorar la seguridad en la utilización de los

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 77 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

medicamentos en la preparación, administración y el seguimiento posterior.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Definir el procedimiento según revisión literaria.
2. Fomentar el lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad durante la preparación de los medicamentos y administración de los mismos
3. Brindar lineamientos para la preparación y dilución de los medicamentos
4. Establecer fecha para el cambio de equipos
5. Establecer el uso de los doce correctos durante todo el proceso de preparación, administración de medicamentos y su posterior seguimiento.
6. Disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.
7. Cumplir estrictamente con el régimen terapéutico.
8. Utilizar los materiales disponibles en la institución en la realización del procedimiento de administración de medicamentos.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Este protocolo se establece con el fin de unificar las prácticas de administración de medicamentos en las áreas asistenciales, el cual será utilizado en los servicios de urgencias, hospitalización, sala de partos, cirugía y consulta externa.


POBLACIÓN OBJETO



Todos los usuarios que ingresen a los servicios asistenciales prestados por la E.S.E Red Salud Armenia que mediante un diagnóstico médico se determine la necesidad de la administración de medicamentos como manejo terapéutico.

PERSONAL QUE INTERVIENE



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 78 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Enfermeras
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



VIA ORAL

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos.
- Medicamentos.
- Copas de medicamentos medida.
- Agitador en caso de ser necesario.
- Vaso con agua.
- Pitillo si es necesario.
- Alcohol glicerinado.
- Guantes.
- Riñonera

VIA SUBLINGUAL


CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos.
- Medicamentos.
- Copas de medicamentos medida.
- Alcohol glicerinado.
- Guantes.
- Riñonera

POR SONDA NASOGASTRICA.

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos
- Medicamento triturado y diluido en 1 jeringa de 20 cc
- 2 jeringas: 1 de 10 c.c para aspiración y una de 20 cc con agua estéril o solución

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 79 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

salina para lavado previo y posterior.

- Riñonera
- Guantes
- Alcohol glicerinado.

VÍA TÓPICA

Carro de medicamentos o bandeja con:

- El medicamento.
- Bajalenguas.
- Aplicadores.
- Apósito grande.
- Gasas
- Vendaje.
- Esparadrapo.

VÍA INHALATORIA

Carro de medicamentos o bandeja con:

- El medicamento
- Mascara de micronebulización
- Racor

VIA PARENTERAL

VÍA INTRADÉRMICA

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos
- Medicamento ordenado
- Jeringa. Se emplean las de 1 ml, pues el volumen que hay que administrar no supera normalmente los 0.3 ml.
- Aguja: Emplear una aguja para envasar la sustancia y otra para inyectarla
- intradérmicamente (longitud de 9.5-16 mm, calibre de 25-26G y bisel corto).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 80 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Gasas o algodón.
- Alcohol
- Guantes no estériles.
- Guardián.
- Bolsas de desperdicios
- Riñonera

VIA INTRAMUSCULAR

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos
- Medicamento ordenado
- 1 Jeringa, el tamaño depende de La cantidad de medicamento máximo 5 c.c se pueden administrar por esta vía.
- 2 Agujas Se emplea una aguja para envasar el medicamento y otra para inyectarlo
- Alcohol
- Medicamento ordenado
- Gasas o algodón.
- Guantes no estériles.

VIA SUBCUTANEA

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos
- Medicamento ordenado
- Jeringa de insulina o de 2 cc pues general mente se usa para insulina o vacunas las cuales no exceden 1 c.c de volumen. Pero se puede un máximo de 2 c.c por esta vía.
- Agujas: Emplear una aguja para envasar la sustancia y otra para inyectarla
- Gasas o algodón.
- Alcohol
- Guantes no estériles.
- Guardián.
- Bolsas de desperdicios
- Riñonera

VIA INTRAVENOSA

CARRO DE MEDICAMENTOS O BANDEJA CON:

- Kardex de medicamentos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 81 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Medicamento ordenado
- Jeringa para envasar el fármaco y luego introducirlo en el suero o en la vena
- 2 Agujas una aguja para envasar el medicamento y otra aguja para administrar el medicamento. (longitud de 40-75 mm, calibre de 14-16G y bisel medio)
- Alcohol
- Solución a perfundir.
- Gasas o algodón.
- Guantes no estériles.
- Buretrol
- Guantes no estériles.
- Guardián.
- Bolsas de desperdicios
- Riñonera

INDICACIONES



VIA ENTERAL:

VIA ORAL: La administración por esta vía permite el paso de un medicamento al estómago para que sea absorbido en este lugar y en el intestino delgado. Esta vía es usualmente la más cómoda por la fácil administración e implica menos riesgo para el paciente consciente.

SONDA NASOGASTRICA: la administración por esta vía permite la absorción gastrointestinal con fines terapéuticos y/o diagnósticos, en aquellos pacientes que por su patología no puedan ingerirlos por vía oral.

VIA SUBLINGUAL: La administración a través de este nos proporciona una vía rápida de absorción.

VÍA TÓPICA: Son los procedimientos por los cuales se aplica un medicamento en la piel o las mucosas de distintos órganos, cuya acción se efectúa en el sitio mismo de la aplicación.

VÍA INHALATORIA: A través de esta vía se administran distintas terapias que tienen en común el contacto de la sustancia con el cuerpo, mediante una aspiración o inhalación con destino a las vías respiratorias. A través de la vía inhalatoria puede administrarse oxígeno medicinal, nebulizaciones cuya evaporización permite el acceso de un medicamento a las vías altas o bajas, la aerosol terapia permite la entrada de micro partículas o aerosoles que se

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 82 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

adhieren a las mucosas.

VIA PARENTERAL:

Vía intradérmica: se usa para algunas pruebas diagnósticas, administración de vacunas o como pruebas cutáneas para saber si es alérgico o no a determinada sustancia.

Vía intramuscular: se usa para la administración de medicamento de mayor cantidad que la vía subcutánea y su absorción es rápidamente.

Vía subcutánea: está indicado para una absorción más lenta del medicamento para que el efecto sea más prolongado.

Vía intravenosa: Por medio de esta vía los efectos del medicamento tiene una acción más rápida y para la aplicación de medicamentos que no se pueden dar por otras vías.

PROCEDIMIENTO



MEDIDAS GENERALES PARA EL PROCESO DE PREPARACION DE LOS MEDICAMENTOS

- Compare la tarjeta de medicamentos con la cantidad de medicamentos presentes en la unidosis, verifique que no sobren o falten medicamentos, de ser así informe a la enfermera jefe.
- Antes de empezar a preparar los medicamentos lávese las manos según protocolo de la institución.
- Guarde los elementos accesorios como manillas, reloj y pulseras.
- Use las normas de bioseguridad (bata, guantes, tapa bocas).
- Recuerde tener las uñas cortas, limpias y sin esmalte. El cabello debe de estar recogido.

MEDICAMENTO V.O:

- Rotule los medicamentos de vía oral con el nombre del medicamento, y nombre del paciente.

JARABES:

- Tome una jeringa y quítele la aguja, posteriormente destape el jarabe y tome con la jeringa la cantidad de centímetros cúbicos ordenadas por el médico.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 83 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

MEDICAMENTO V.O POR SONDA:

- Destape el medicamento y tritúrelo en un recipiente para evitar pérdidas, posteriormente agregue 20 c.c de agua estéril o solución salina. Tome una jeringa y quítele la aguja, envase el medicamento y coloque la jeringa en la bandeja de medicamentos.

MEDICAMENTO INTRADERMICO:

- Rotule la jeringa con cinta de enmascarar colocando nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis a administrar y horario de administración.
- Rompa la ampolla tomándola en la mano no dominante y con una torunda en la mano dominante ejerza presión hasta romperla, posteriormente envase el medicamento y coloque la jeringa en el carro de medicamento.

NOTA:

RECUERDE SIEMPRE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE CON RESPECTO A LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:

- YO LO PREPARO
- YO LO ADMINISTRO
- YO LO REGISTRO
- YO SOY EL RESPONSABLE

VIA ENTERAL

VIA ORAL

DEFINICION:

Es la administración de medicamento que es recibido a través de la boca, su absorción se da a través de la mucosa gastrointestinal, el efecto es prolongado y su acción es más lenta. El riesgo de presentar un evento adverso es menor que con otras vías.

VENTAJAS: Esta vía es más cómoda para el paciente, no genera molestias y es de fácil administración.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 84 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

DESVENTAJAS: No se debe administrar en pacientes en estado de inconsciencia, bajo efectos de anestesia general, con síntomas de náuseas, vómitos o motilidad intestinal disminuida.

Algunos medicamentos pueden afectar la mucosa gástrica o deteriorar los dientes.


OBJETIVO: Lograr la absorción de la sustancia en el tracto digestivo favoreciendo el tratamiento farmacológico.

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración
- Aplique los 12 correctos para administración de medicamentos
- El medicamento se debe presentar en el empaque original y solo se debe destapar poco antes de administrarlo al paciente evitando que se produzca contaminación.
- En caso de suspensión se debe de agitar el medicamento antes de preparar la dosis, debe ser preparada en el cuarto asignado de medicamentos con el fin de no trasladar el frasco a la habitación.
- Colocar al paciente en posición fowler para evitar una broco-aspiración tenga en cuenta las contraindicaciones para esta posición)
- Administre el medicamento proporcionando suficiente líquido (agua estéril) de acuerdo con el diagnóstico del paciente. Asegúrese de que el paciente ingiera el medicamento.
- Colocar el paciente cómodo una vez halla ingerido el medicamento.
- Registre la cantidad de líquido utilizado en caso de que el paciente tenga control de líquidos.
- Registre el procedimiento en la hoja de medicamentos
- Deje la bandeja organizada y limpia.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En la administración de medicamentos pulverizar y diluir las píldoras y tabletas cuando

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 85 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

se haga difícil la deglución.

- Cerciorarse si el medicamento se debe administrar antes, después o con las comidas.
- Los medicamentos que producen irritación gástrica deben administrar las comidas o diluidos.
- Las tabletas con cubierta entérica no se deben triturar ni masticar debido que al destruir la protección evita que se absorba correctamente y cause molestias intestinales.
- En caso de tener que administrar menos dosis de las ordenadas, no fragmente el comprimido capsula o tableta a menos que este contenga ranura.
- Limpie la boca del frasco antes y después de servir el medicamento en jarabe.
- En caso de que el paciente no ingiera el medicamento se debe realizar el registro en la nota de enfermería.
- Limpie la boca del frasco antes y después de servir el medicamento en jarabe

VIA INHALATORIA


DEFINICION: A través de esta vía se administran distintas terapias que tienen en común el contacto de la sustancia con el cuerpo, mediante una aspiración o inhalación con destino a las vías respiratorias.

A través de la vía inhalatoria puede administrarse oxígeno medicinal, nebulizaciones cuya evaporización permite el acceso de un medicamento a las vías altas o bajas, la aerosol terapia permite la entrada de micro partículas o aerosoles que se adhieren a las mucosas.

VENTAJAS: La superficie de absorción es amplia y permite una gran irrigación sanguínea, sus efectos son locales y sistémicos y evita el llamado efecto de primer paso hepático.

DESVENTAJAS: Pueden provocar irritación, hay un difícil manejo de ciertas formas farmacéuticas y no se puede regular la cantidad de medicamento que recibe la persona.

OBJETIVO: Reducir la inflamación y congestión de la mucosa, aliviar el dolor, como analgésico y anestésico, Ablandar secreciones y facilitar la respiración, Tratar afecciones del oído, garganta o senos nasales, producir vasoconstricción de la mucosa nasal, mejorar el intercambio gaseoso al aportar el oxígeno. Desinflamar las vías respiratorias y facilitar la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 86 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

respiración.

PROCEDIMIENTO:

- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su consentimiento y colaboración.
- Tratar de utilizar inhala cámaras para la aplicación de aerosoles.
- Cuando se utilizan aerosoles, es necesario indicarle al paciente que respire profundo, con boca abierta y en forma simultánea, disparar el primer PUFF de la dosis ordenada, la contar mentalmente hasta 10 (10 segundos) antes del otro PUFF, el objetivo de este procedimiento es facilitar la adhesión de las micro partículas.
- Se debe esperar un minuto entre PUFF y PUFF luego de que el paciente haya inhalado por 10 segundos el inhalador.
- Si es un esteroide lavar la cavidad bucal.

VIA SUBLINGUAL

DEFINICION:

Esta es una vía que permite rápida absorción ya que posee una mucosa altamente irrigada, en general se utilizan medicamentos cuyas características permiten que se disuelvan una vez colocados debajo de la lengua.

Es utilizado con éxito en algunas emergencias médicas de tipo cardiológico.

VENTAJAS: absorción y efecto más rápido que el oral, debido a que no hay pasó por el hígado lo que permite conseguir la incorporación del medicamento en el torrente sanguíneo.

DESVENTAJAS: solo se pueden administrar una cantidad muy limitada de medicamento, solo algunas presentaciones son útiles para esta vía.

OBJETIVO: Administrar un medicamento que brinde una acción rápidamente cuando no se cuenta con un acceso venoso, especialmente en casos de emergencia cuando el paciente ingresa al servicio de urgencias.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 87 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos
- El medicamento se debe presentar en el empaque original y solo se debe destapar poco antes de administrarlo al paciente evitando que se produzca contaminación.
- Colocar al paciente en posición fowler para evitar una broco-aspiración o siéntelo si es posible (tenga en cuenta las contraindicaciones para estas posiciones)
- Explique al paciente que no puede deglutir el medicamento.
- Pida al paciente que alce la lengua y ponga el medicamento bajo esta, posteriormente pídale que baje la lengua y presione con esta el medicamento hasta que este se disuelva por completo.
- Deje el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Es posible administrar el medicamento por esta vía después de las comidas ya que la irrigación es máxima.
- Explique al paciente que no debe de deglutir el medicamento, de ser así no tendrá el efecto esperado.
- Su uso es recomendado en las crisis anginosas e hipertensivas.
- En caso de tener que administrar menos dosis de las ordenadas, no fragmente el comprimido capsula o tableta a menos que este contenga ranura.

En caso de que el paciente no ingiera el medicamento se debe realizar el registro en la nota de enfermería.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 88 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

POR SONDA NASOGASTRICA

DEFINICION: Es la administración de un medicamento a través de una sonda nasogástrica para que sean absorbidos directamente por la mucosa gastrointestinal.

VENTAJAS: permite administrar medicamentos a pacientes inconscientes, que no pueden deglutir o que por su patología deben tener la sonda nasogástrica permanentemente.

DESVENTAJAS: se deben de tener en cuenta las características del medicamento a la hora de seleccionar esta vía, ya que su administración puede repercutir en la eficacia o aparición de reacciones adversas.

OBJETIVO: administrar medicamentos con fines diagnósticos, terapéuticos y/o preventivos.

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 12 correctos para administración de medicamentos
- Colocar al paciente en posición fowler (30°) para evitar reflujo
- Aspire la sonda por medio de una jeringa para comprobar retorno de contenido gástrico.
- Compruebe la permeabilidad de la sonda lavando con 20 c.c de agua estéril o solución salina
- Empate la jeringa que contiene el medicamento disuelto en 20 c.c de agua estéril o solución salina con la sonda y administre el medicamento lentamente.
- Enjuague la sonda con 20 c.c de solución salina o agua estéril
- Cierre la sonda para evitar que se devuelva el contenido gástrico.
- Registre la cantidad de líquido utilizado en caso de que el paciente tenga control de líquidos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 89 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Deje el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Macerar el medicamento sólido y diluirlo a una temperatura ambiente dejando las partículas de un tamaño que no obstruyan la sonda.
- Cerrar la sonda 30 minutos después de haber administrado el medicamento.
- No mezclar medicamentos con la nutrición enteral.
- No administrar varios medicamentos juntos por la sonda. Administrar uno a uno lavando la sonda con 5-10 ml de agua estéril entre cada uno.

VIA PARENTERAL

VIA INTRADERMICA

DEFINICION: Se aplica entre la dermis y epidermis, la absorción del medicamento se da más lentamente, se usa en volúmenes pequeños de solución. Se administra en la cara interna del antebrazo o en la escapula. Esta inyección generalmente tiene propósitos diagnósticos

(Prueba de tuberculina y para determinar la sensibilización a diversas sustancias, reconociendo rápidamente la intensidad de la reacción.


VENTAJAS: permite una absorción más lenta de las soluciones a través de los vasos capilares y el riesgo de presentar un evento adverso es menor.

DESVENTAJAS: Debido a que la piel es un órgano muy sensible al paso de la aguja se experimenta una mayor sensación de dolor.

OBJETIVOS: Determinar la sensibilidad del cuerpo a ciertas sustancias, producir inmunización, aplicación de anestesia local y administrar tratamientos farmacológicos.

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 90 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición cómoda.
- Seleccione la cara interna del antebrazo (tercio medio)
- Limpie el área con gasa humedecida en solución antiséptica describiendo un movimiento circular del centro hacia afuera del área de inserción.
- Permita que se seque la piel.
- Si esta última está grasosa, limpie el área con gasa humedecida nuevamente.
- Sostenga el brazo del paciente con la mano y estire la piel del antebrazo con el pulgar; poner la piel en tensión facilita la introducción de la aguja en la dermis
- Introduzca el bisel hacia arriba haciendo un ángulo de 10° a 15° grados de modo que pueda ver la punta de la aguja a través de la piel. Deben introducirse los primeros 3 milímetros de la punta de la aguja.
- Inyecte con lentitud el medicamento y asegúrese de que este forme una pápula (piel de naranja). Si no se observa esto la inyección que quedó mal aplicada
- Encierre un círculo alrededor de la pápula.
- Extraiga por completo la aguja de forma rápida en el mismo ángulo en que la introdujo. Esto ayuda a minimizar las lesiones tisulares y molestias para el paciente.
- No haga presión sobre el sitio de aplicación de la inyección, ni masajear el área después de extraer la aguja debido a que puede interferir en el resultado de la prueba.
- Observe el área en busca de signos de reacción en intervalos por lo general de 24 a 72 horas. Deje al paciente en posición cómoda.
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución.
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

VIA INTRAMUSCULAR

DEFINICION: Es la aplicación de un medicamento en el músculo a través una inyección que atraviesa la piel y tejido subcutáneo.

VENTAJAS: Se recomienda administrar soluciones por esta vía, por las escasas

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 91 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

terminaciones nerviosas en las capas profundas del musculo, su absorción es más rápida que la subcutánea existen diferentes sitios de administración.

DESVENTAJAS: está limitado su uso en determinados pacientes (baja o pérdida de masa muscular.

La administración constante en la misma zona puede ocasionar fibrosis local produciendo una reducción progresiva de la absorción.

OBJETIVO: administrar medicamentos a pacientes que no puedan utilizar la vía oral, obtener un efecto más rápido del medicamento.

ZONAS DE ADMINISTRACION:

- **DORSO GLUTEA:** volumen máximo de aplicación 5 m.l.
Angulo de aplicación: 90°
Cuadrante superior externo.
- **VASTO LATERAL EXTERNO EXTERNO:** volumen máximo de aplicación 5 m.l.
Angulo de aplicación: 90°
- se recomienda por ser un músculo grueso y la ausencia de vasos sanguíneos o nervios importantes. La punción se realiza en el tercio medio y externo del muslo.
- **MUSCULO DELTOIDES:** volumen máximo de aplicación 2 m.l.

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.
- Envase el medicamento
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición apropiada: Decúbito lateral, decúbito prono o en

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 92 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

bipedestación, según el sitio de aplicación.

- Seleccione el sitio de aplicación apropiado
- Limpiar el sitio de aplicación con una torunda impregnada de alcohol en forma circular de adentro hacia afuera, sin repasar.
- Estire la piel del sitio de inserción, colocando el pulgar y el índice de la mano no dominante sobre el sitio de aplicación formando una (V) teniendo cuidado de no tocar el área desinfectada.
- Inserte rápidamente la aguja en el ángulo correspondiente al sitio de aplicación elegido.
- Aspire el embolo para cerciorarse de que no haya puncionado algún vaso sanguíneo. Si aspira líquido sanguinolento retire la aguja y vuelva a puncionar nuevamente.
- Introduzca el líquido lentamente y retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo que la introdujo.
- Haga presión con el algodón
- Dejar el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- No administrar en pacientes con trastornos de la coagulación
 - Rotar siempre el sitio de aplicación
 - No aplicar en zonas con masas
- No realizar masaje posterior a la administración del medicamento

VIA SUBCUTANEA

DEFINICION: Es la introducción de un medicamento a través de la piel hasta el tejido celular subcutáneo. Los medicamentos administrados por vía se absorben más lentamente y tienen un efecto más prolongado.

VENTAJAS: Es una vía de fácil acceso y los requerimientos técnicos son escasos, incluso un paciente capacitado correctamente puede utilizarla de una manera adecuada sin supervisión. No es muy dolorosa

DESVENTAJAS: En pacientes obesos disminuye el porcentaje de medicamento disponible

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 93 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

dado que este se concentra en el tejido adiposo.

OBJETIVOS: Conseguir un efecto prolongado del medicamento, desensibilizar el paciente en casos de alergias.

SITIOS DE APLICACIÓN: volumen máximo de aplicación 2 m.l.

Angulo de aplicación: 45° o 90° depende del tejido adiposo.

- **ABDOMEN POR DEBAJO DEL OMBLIGO**
- **SUPERFICIE EXTERNA DEL ANTEBRAZO**
- **ABDOMEN ALREDEDOR DEL HOMBLIGO**
- **MUSLOS**

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.
- Envase el medicamento
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición apropiada.
- Limpie el área con gasa humedecida en solución antiséptica describiendo un movimiento circular del centro hacia afuera del área de inserción.
- Con los dedos pulgar e índice tome un pliegue de tejido de unos 2.5 c.m
- Sujete el sitio de punción de forma de acojinamiento
- Introduzca la aguja en posición o en un ángulo de 45° o 90° según el tejido adiposo del paciente.
- Una vez introducida la aguja aplique el medicamento lentamente, retire rápidamente retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo que la introdujo.
- Haga presión con el algodón

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 94 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Dejar el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- No realizar masaje en zona de aplicación del medicamento
- Rotar los sitios de aplicación
- No elegir sitios ni cicatrices, heridas o tumores para La aplicación del medicamento
- Evite zonas con depresión o lipodistrofias.

VIA INTRAVENOSA

DEFINICION: Es la aplicación de un medicamento directamente al torrente sanguíneo por medio de una vena periférica o central.

VENTAJAS: Es la vía por la cual el medicamento hace un efecto más rápido debido a que este ingresa directamente al torrente sanguíneo y evita pasar por la mucosa gástrica y el paso hepático.


DESVENTAJAS: Pueden crearse mayores efectos si la administración del fármaco es muy rápida o este no se disuelve de la manera adecuada. En caso de presentarse un efecto o reacción a algún medicamento el tiempo para redactar el paciente es limitado.

OBJETIVOS: administración de medicamentos que no pueden ser aplicados por otras vías, aplicar terapia farmacológica de una manera más rápida con una mayor tasa de biodisponibilidad.

MODOS DE ADMINISTRACION:

DIRECTA: Es la administración de un medicamento en bolo, ya sea solo o diluido (normalmente diluido en solución salina envasado en una jeringa máximo de 20 ml) y administrado en un tiempo inferior a 15 minutos.

INTERMITENTE: Desde 15 minutos hasta varias horas; el medicamento se diluye en una solución de cristaloides.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 95 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 12 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición cómoda.
- Coloque el torniquete
- Escoja la vena que va a puncionar.
- Limpie el área con gasa humedecida en solución antiséptica describiendo un movimiento circular del centro hacia afuera del área de inserción.
- Use el dedo pulgar para retraer la vena y los tejidos blandos unos 5 c.m por debajo del sitio de aplicación.
- Introduzca la aguja suavemente en la piel, sosteniendo con el bisel hacia arriba en un ángulo de 30° a 45° grados.
- Aspire el émbolo de la jeringa, para comprobar que está en la vena.
- Quite el torniquete e inyecte suave y lentamente el medicamento.
- Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo que la introdujo.
- Haga presión con el algodón
- Dejar el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

PROCEDIMIENTO CON TAPON VENOSO:

Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.

Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.

- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 96 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición cómoda
- Limpie el tapón venoso con gasa humedecida en solución antiséptica
- Si están pasando medicamentos cierre las vías. Tenga en cuenta que no se debe utilizar la misma vía por donde pasan medicamentos de soporte inotrópico y anticoagulantes.
- Colapse el venoclisis para que el medicamento no se devuelva.
- Introduzca la aguja suavemente en el tapón venoso.
- Compruebe la permeabilidad de este.
- Introduzca suavemente el medicamento según recomendaciones.
- Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo que la introdujo.
- Dejar el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

PROCEDIMIENTO CON BURETROL:

- Verifique las órdenes médicas en la historia clínica rectificando que no haya sido modificada en cuanto al medicamento, dosis, vía y hora.
- Aliste el equipo con todos los materiales necesarios.
- Realice el lavado clínico de manos según protocolo.
- Utilice los elementos y normas de bioseguridad.
- Explicar el procedimiento al paciente para obtener su colaboración este se encuentra consciente.
- Aplique los 10 correctos para administración de medicamentos.
- Coloque el paciente en una posición cómoda
- Purgue el equipo e introduzca la solución cristaloide en el buretrol con la cantidad ordenada de dilución.
- Limpie el tapón de inserción del buretrol con gasa humedecida en solución antiséptica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 97 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Introduzca el medicamento dentro del buretrol.
- Limpie el tapón venoso y compruebe su permeabilidad
- conecte el venoclisis del buretrol al acceso venoso.
- Abra la llave hasta obtener la cantidad de gotas requeridas por minuto.
- Luego de que el medicamento pase completamente retire la conexión de la vía venosa
- Dejar el paciente cómodo
- Desechar residuos de acuerdo al protocolo de manejo de desechos de la institución
- Arregle el equipo y llévelo a su respectivo sitio dejándolo listo para ser usado de nuevo.
- Realice el respectivo registro en la hoja de medicamentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Antes de pasar un medicamento por una vía donde está pasando otro medicamento verifique que estos no interactúen entre si y tenga en cuenta cerrar la llave al momento de pasar el medicamento.
No mezcle medicamentos con bicarbonato.
- Valore el paciente durante los primeros cinco minutos de administración del medicamento, con el propósito de identificar oportunamente la aparición de signos de reacción adversa.

Suspenda el medicamento si el paciente presenta una reacción adversa aguda que deteriore su estado clínico o compromete su vida durante o inmediatamente después de la aplicación del medicamento.

PRECAUCIONES



- ✓ Dar información clara y sencilla al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar, resolviendo sus inquietudes y dudas.
- ✓ Brindar suficiente agua cuando se trate de medicamentos orales.
- ✓ Durante la realización del procedimiento establecer una comunicación asertiva que permita la empatía entre el usuario y el profesional, con el objetivo de generar tranquilidad para facilitar la ejecución del procedimiento.
- ✓ Solo estará el personal necesario para la realización del procedimiento, o se aceptara la presencia de profesionales en formación si con anticipación se le ha pedido

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 98 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

consentimiento al paciente.

- ✓ Luego de concluir el procedimiento agradecer al paciente por su colaboración.
- ✓ Preparación previa de los materiales para realizar el procedimiento.
- ✓ Realizar un seguimiento posterior al procedimiento para determinar que no surgieron complicaciones a raíz de este.

1. Indague en forma correcta
2. Normas de bioseguridad correctas.
3. Registre solamente los medicamentos que usted haya preparado y administrado.
4. Registre: hora vía, clase, dosis del medicamento administrado.
5. Nunca registre un medicamento antes de administrarlo esto puede tener efectos legales.
6. Registre solamente los medicamentos que usted administro. Cada funcionario es responsable de sus procesos.

- En la unidad intermedia del Sur, la asignación de administración de medicamentos esta delegada a una auxiliar en general para cada servicio.
- La administración de líquidos endovenosos y la preparación de mezclas, debe ser rotulada con el nombre del paciente, concentración, dosis y numero de cama.
- No debe utilizar abreviaturas en los rótulos.
- La tarjeta única de medicamentos debe ser supervisada y dirigida por la enfermera jefe.
- Se debe chequear las historias clínicas y actualizar diariamente el kardex de medicamentos, programando así las dosis espaciadas y evitando la concentración de todos los medicamentos a la misma hora.
- Recuerde que los equipos (equipos de macrogoteo, microgoteo y buretroles) y los sitios de venopuncion deben cambiarse cada setenta y dos horas (72 horas).

Reglas para preparar los rótulos:

- Identifique los medicamentos con claridad: Nombre del medicamento, dosis dilución y horario de administración.
- Cada vez que prepare una dosis de medicamento lea el rotulo tres veces: Debe registrar los goteos e identificar muy bien su inicio y terminación.

Reglas para registrar los medicamentos administrados:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 99 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Registre en la hoja de medicamentos si un medicamento ha sido rechazado o no fue administrado, realice nota de enfermería explicando los motivos por los cuales no se logró la administración del medicamento.
- Luego de administrarse cada dosis se debe registrar en la hoja de medicamentos.
- Recuerde que lo que no está registrado es como si no se hubiese realizado
- La administración de medicamentos exige conocimientos del estado clínico del paciente, nombre genérico y comercial del medicamento efectos primarios y secundarios, dosis terapéutica, vida media del medicamento, metabolismo y forma de eliminación, interacciones con otros medicamentos que esté recibiendo el paciente y registros de medicamentos.
- Todo medicamento debe ser formulado por un médico
- No se debe de administrar el medicamento si la orden médica está incompleta, confusa o errada; se debe verificar con el médico que la ordenó.
- Registre solamente los medicamentos que usted haya preparado y administrado.
- Registre: hora vía, clase, dosis del medicamento administrado.
- Nunca registre un medicamento antes de administrarlo esto puede tener efectos legales.
- Registre solamente los medicamentos que usted administro. Cada funcionario es responsable de sus procesos

APLICACIÓN DE LOS 10 CORRECTOS

1. Medicamento correcto (doble verificación)
2. Fecha de vencimiento vigente
3. Usuario correcto
4. Dosis correcta
5. Vía de administración correcta
6. Cantidad de líquido y diluyente para medicamentos correcto
7. Hora de administración correcta
8. Registro correcto
9. Instrucciones correctas
10. Normas de bioseguridad correctas

CONCLUSIONES



Las vías de administración de los medicamentos son las rutas de entrada al organismo que

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 100 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

influyen en la latencia, intensidad y duración del efecto farmacológico, conocer las ventajas y desventajas de estas vías es muy importante para saber aprovechar los medicamentos en una determinada situación.

Según la que se elija, dependerá la rapidez de acción, eficacia y efectos adversos de los fármacos.

COMPLICACIONES



VIA ENTERAL

- Bronco aspiración
- Emesis
- Gastritis

VIA PARENTERAL

- Absceso
- Flebitis
- Sufusión hemorrágica
- Lesión de nervios periféricos
- Gangrena post inyección.
- Hiperpigmentación de la piel
- Hemorragia intramuscular,
- Absceso séptico o estéril
- Celulitis
- Fibrosis
- Necrosis tisular

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



SE DEBE SUSPENDER LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CUANDO:

- Se termina el periodo de tiempo por el cual esta ordenado, o la orden médica no está renovada.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 101 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- El paciente presente una reacción adversa que deteriore su estado clínico o comprometa su vida durante o inmediatamente después de la aplicación del medicamento.
- Cuando se recibe una orden médica telefónica se debe verificar que es del médico tratante del paciente y realizar la nota de enfermería aclarando que fue realizada vía telefónica.
- Solo se reciben órdenes verbales en una situación de emergencia como un código azul.
- Las ordenes medicas verbales se ejecutan inmediatamente y no se repiten mientras no se genere una orden por escrito.

BIBLIOGRAFÍA



1. Autor: Jean Smith-Temple, Joycr Young Johnson. Título: procedimientos para enfermería. 2da edición. Bueno Aires. Editorial Médica Panamericana. 1995. Pag 642-669.
2. Título: administración de fármacos por sonda nasogástrica. Manual de técnicas y procedimientos de Enfermería. Tomado de: http://www.hulp.es/web_enfermeria/sonda.htm. consulta: 22 de Abril 2013.
3. Título: Absorción, distribución y eliminación de los fármacos. Autor: J. A. Armijo. Tomado de: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/480/3/>. Pag 53. Consulta: 22 de Abril de 2013.
4. Título: Guía de administración segura de medicamentos. Autor: Luz J. Martinez, Patricia Sabogal, Ximena Rojas, Marilu Plazas. Tomando de: http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/ENFERMERIA%20ADMINISTRACION%20SEGURA%20DE%20MEDICAMENTOS.pdf. Consulta: 23 abril 2013.

ANEXOS



2. LISTA DE CHEQUEO PARA ADMINSTRACION DE MEDICAMENTOS




**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 102 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO	C	N/C	N/P	OBSERVACIONES
Realiza medidas generales para la preparación de los medicamentos.				
Mantiene todos los elementos como bandejas, limpio en orden y libre de sangre o secreciones de contacto con el paciente.				
Realiza el rótulo de los medicamentos (orales, envasados jeringas, buretrol, diluidos en bolsas de líquidos, etc.) de acuerdo a lo establecido en el protocolo.				
Lleva el equipo completo para la administración de medicamentos: carro o bandeja, dependiendo de la vía de administración y tarjeta de medicamentos para corroborar la información.				
Realiza el lavado de manos y fricción con alcohol glicerinado en los 5 momentos de la atención. Antes del contacto con el paciente Antes de realizar un procedimiento aséptico, Después de la exposición a líquidos corporales o secreciones. Después del contacto con el paciente. Después del contacto con el entorno del paciente.				
Dar la información sobre la administración de medicamentos al paciente y la familia.				
Da la educación necesaria al paciente y la familia				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 103 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Explica al paciente el procedimiento y la necesidad de que comunique cualquier efecto indeseable después de la administración del mismo.				
Informa al paciente las recomendaciones de toma de medicamentos.				
Hace la verificación contrastando nombre del paciente con el tablero de identificación y la tarjeta de medicamentos.				
Revisa la tarjeta única del medicamento y confronta con el medicamento a administrar, si se trata de medicamentos especiales se cerciora de la última orden médica. Interroga al paciente si tiene medicamentos que habitualmente toma, de modo que no repita la dosis.				
Identifica la vía correcta por la cual va administrar el medicamento (si es la adecuada para la administración o es necesario cambiarla, informa a la jefe profesional antes de realizarlo)				
Realiza la manipulación de equipos con la técnica aséptica.				
Conserva los suministros en envases originales hasta el momento de la administración.				
Utiliza las medidas de bioseguridad para la administración de medicamentos: uso de tapabocas y guantes.				
Administra la dosis correcta: hace verificación con kardex u Órdenes médicas.				
Administra a la hora correcta: calcula dependiendo el volumen de paciente, para iniciar la administración de medicamentos media hora antes.				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 104 de 315

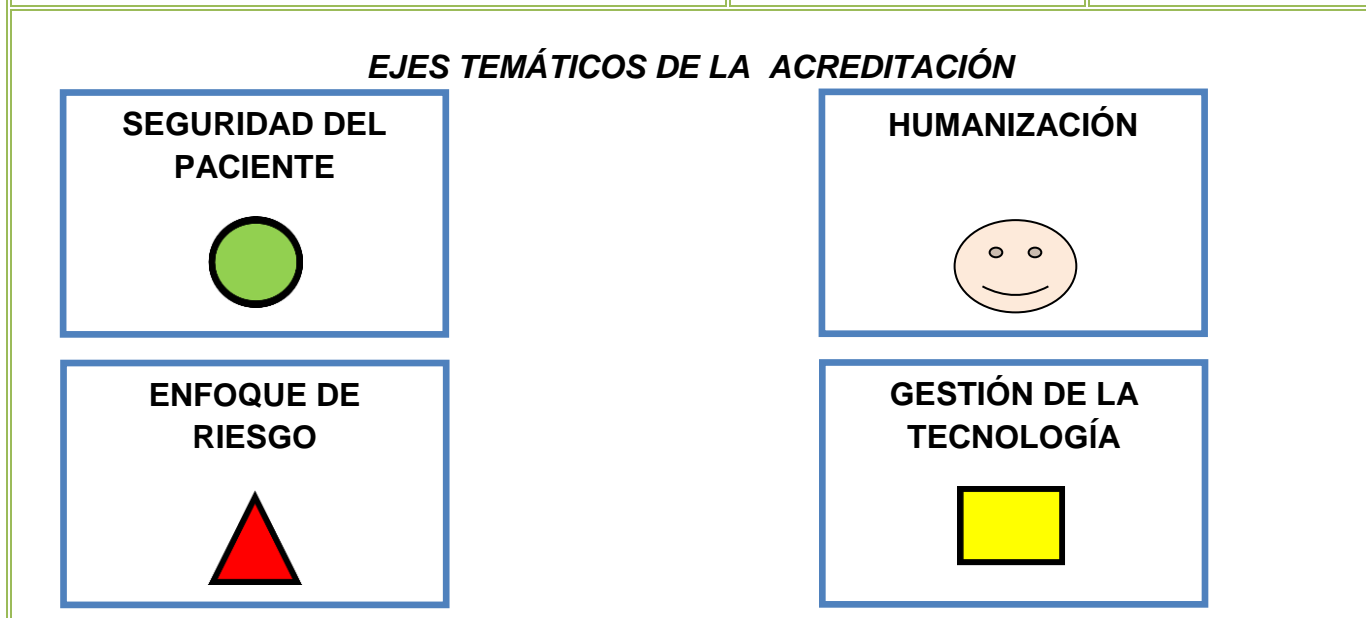
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


Tiene conocimientos de que las concentraciones terapéuticas de los medicamentos en la sangre dependen de la regularidad en los horarios.				
Especifica en el registro nombre del fármaco, fecha, hora, dosis, vía de administración y firma como constancia.				
Registra en las notas de enfermería el motivo por el cual no se administró el medicamento.				
Realiza anamnesis para descartar alergias e interacciones farmacológicas.				
Reconoce signos de reacción alérgica del medicamento como: hipotensión, sudoración, mareo, enrojecimiento.				
Registra en la hoja de administración de medicamentos cuando instala los goteos. Si por alguna razón no puede administrar los goteos o se retrasa la administración registra el por qué. Si hay presencia de flebitis u otras circunstancias que limiten la repetición del procedimiento.				
Realice nota de enfermería cada vez que se cambie el sitio de punción y/o equipo de venoclisis indicando motivo de cambio de acceso venoso, fecha y hora.				
Realiza el desecho de los materiales de acuerdo al protocolo de la institución.				
Si el paciente presenta alguna reacción no deseada inmediatamente se toman medidas y se reporta el evento.				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 105 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO DE CONTROL DE LÍQUIDOS</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-011
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ EL PROTOCOLO:	CALIDAD
	APROBÓ EL PROTOCOLO:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Cuando la vida te presente razones para llorar, demuéstrale que tienes mil y una razones para reír.” Anónimo</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 106 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS



No hubo conflictos de interés

INTRODUCCIÓN



Los líquidos y electrólitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para conservar la vida. El cuerpo humano está constituido por agua en un 50 a 70% del peso corporal, en dos compartimientos: Intracelular, distribuido en un 50% y extracelular, en un 20%, a su vez éste se subdivide, quedando en el espacio intersticial 15%, y 5% se encuentra en el espacio intravascular en forma de plasma.

En cuanto a los electrólitos están en ambos compartimientos, pero principalmente en el extracelular: Sodio, calcio y cloro. Los intracelulares: Potasio, magnesio fosfato y sulfato. Los electrólitos poseen una carga eléctrica y se clasifican en aniones, los de carga + y cationes los de carga -, cuando éstos se ionizan (atraen sus cargas + y - se combinan formando compuestos neutros) o se disocian (se separan recuperando su carga eléctrica) se denominan iones.

El balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. El riñón también interviene en el equilibrio ácido-base, regulando la concentración plasmática del bicarbonato. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrólitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras.

El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es preponderante, ya que depende primordialmente de la precisión con la cual realice este procedimiento, que repercutirá en el tratamiento y recuperación de su paciente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 107 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

DEFINICIÓN



Es el control exacto de los líquidos que ingresan y se pierden por las diferentes vías, para establecer el balance en un periodo determinado de tiempo que no exceda a las 24 horas.

Entre las soluciones parenterales más utilizadas tenemos:

SOLUCION	INDICACION	CONTRAINDICACION
Dextrosa al 5%:	Mantenimiento e hidratación con electrolitos.	Precauciones en insuficiencia cardiaca y diabetes.
Dextrosa al 10%	Mantenimiento, aporte de calorías, edema cerebral	Diabetes mellitus
Dextrosa al 5% + cloruro sódico al 0.9 %	Restitución y/o mantenimiento de volumen circulante, en pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico y electrolítico	En pacientes diabéticos debe administrarse bajo estricto control médico. Así como en pacientes con falla cardiaca congestiva, edema periférico o pulmonar, insuficiencia renal, hipertensión y toxemia gravídica.
Cloruro de sodio al 0.9%	Para disolver medicamentos	Pacientes con hipercloremia, hipernatremia, hipertensión tanto arterial como intracraneal se deberá vigilar cuidadosamente el aporte de sodio en el paciente cardiópata, insuficiencia renal crónica,

OBJETIVOS



- Permitir al médico y el personal de enfermería precisar el volumen y la cantidad de iones para ser repuestos en la dieta o en los líquidos endovenosos si el paciente así lo amerita.
- Establecer el tratamiento para desequilibrios hidroelectrolíticos y ácidos básicos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 108 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Controlar efecto de tratamientos y fármacos.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Aplica a las actividades de enfermería que se realicen en el área asistencial.

POBLACIÓN OBJETO



Población de usuarios de Red Salud Armenia E.S.E. que por indicación médica requiera control de líquidos eliminados y administrados.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermeras
- Auxiliares de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



- Hoja de control de líquido.
- Frascos graduados, jeringas de 50 CC.
- Balanza de Peso si es necesario.
- Guantes desechables
- Monogafas

INDICACIONES



- Pacientes con patologías renales o gastroenterales,
- Cuando se administran de ciertos medicamentos.
- Pacientes de edades extremas (Niños – ancianos) que reciben líquidos endovenosos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 109 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO



Infórmese con precisión de la situación clínica del paciente mediante la observación, la entrevista, la historia clínica y otros datos. Haga el encabezamiento de la hoja con los datos de identificación del paciente; anote la fecha y hora de iniciación del control de líquidos.

Controle y anote los líquidos ingeridos y eliminados, en la Hoja de Control de Líquidos en la siguiente forma:

Líquidos Administrados:

- **Vía oral:** todo lo que el paciente haya ingerido durante Un tiempo determinado (6 -12 ó 24 horas) según el control, medidos por c.c. como agua, jugos, gelatina, sopas, aromáticas, caldos, entre otros.
- **Vía enteral:** son los líquidos que se le dan al paciente por sonda naso u orogástrica; gastroclisis y demás requerimientos nutritivos.
- **Vía parenteral:** es la administración de líquidos directamente al sistema venoso.

Líquidos Eliminados:

- **Vía oral:** por medio de emesis, que puede ser: biliar, alimenticia, Hemoptisis o hematemesis.
- **Vía urinaria:** la cantidad de orina medida en c.c. durante un determinado tiempo bien sea recogida en pato o por cateterismo vesical.
- **Vía rectal o anal:** cuando las heces son diarreicas, se debe contabilizar cuántas y en qué cantidad, además, hay que tener en cuenta sus características como: aspecto, color y olor.
- **Sondas:** naso u orogástricas, se debe contabilizar el líquido que sale de ella además de sus características.
- **Ostomías:** que pueden ser: Ileostomía, yeyunostomia, Colostomía, Cistotomía.
- **Drenes :** ya sea que estén sujetos a bolsas estériles o cubiertos con apósitos o gasas, hay que contabilizar la cantidad de líquido o secreción que ha drenado , su aspecto y anotar, si son más de 30 cc.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Utilizar la protección adecuada para el momento de recolectar o desechar drenajes.
- Anotar de forma clara y con números legibles las cantidades exactas de lo suministrado

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 110 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

y eliminado.


- Si el paciente ingresa o reingresa de otro servicio, confrontar y corroborar de manera específica lo suministrado y eliminado.
- Verificar el nombre del paciente a quien se le está realizando el procedimiento.
- Durante el turno verificar el correcto funcionamiento de los diferentes drenajes.
- Siempre que se administre líquidos, bolos anotar inmediatamente después de realizado el procedimiento.
- Confrontar las órdenes médicas en cuanto a líquidos de base, que el paciente tenga en el momento; y que las dosificaciones de las mezclas estén de acuerdo a los cambios que en el turno se presenten.
- En Red Salud Armenia E.S.E. realiza el balance de líquidos administrados y eliminados cada 6 hora, 6 am-12m, 12m-18 hs, 18 hs-24 hs, 24hs-6 am
- Confirmar en las entregas de turno si se está realizando.

El balance se realiza en cada turno: Se resta la cantidad de líquidos eliminados de la cantidad de líquidos administrados; el balance normal debe ser "0". El balance es positivo cuando la cantidad de líquidos administrados por vía oral y endovenosa es mayor que la cantidad de líquidos eliminados por el organismo y es negativo cuando la cantidad de líquidos eliminados por el organismo es mayor a la cantidad de líquidos administrados por vía exógena.

PRECAUCIONES



- Medir con exactitud los líquidos tanto administrados como eliminados.
- Descontar la cantidad de líquido base que se ponga en los recipientes de drenaje.
- Descontar el líquido que se utilice para lavado de sondas o tubos de drenaje, del total del líquido drenado para establecer con exactitud la cantidad eliminada.
- Emplear métodos adicionales de control de líquidos que aseguren la exactitud del procedimiento, por ejemplo, pesar apósitos, gasas, sábanas, etc.
- Establecer un sistema de medición estándar en el servicio para controlar con exactitud los líquidos administrados por vía oral.
- Informarse completamente sobre las normas establecidas para el control de líquidos en el servicio.
- Evitar contabilizar líquidos ingeridos, los que no se hallan suministrado al paciente.
- Cierre el control de líquidos con la fórmula de gasto urinario. (cc de orina/kg/tiempo en horas).
- En caso de que el paciente presente incontinencia urinaria debe registrar el número de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 111 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

micciones y cantidad aproximada que se evacua: abundante, moderada, poca.

CONCLUSIONES



- Muchos cambios de estados clínicos del estado del paciente se manifiestan en el registro de ingestión y excreción. Por ejemplo, edema diaforesis, oliguria, otros.
- Todo paciente al que se le administre dentro de su tratamiento terapia con diuréticos es importante llevarle el control de líquidos y elementos ya que ayuda a establecer la dosis del tratamiento, para esto es necesario controlar de igual forma el peso del paciente.
- Es de esencial importancia que las mediciones sean exactas, por lo que la orina deberá medirse en un recipiente graduado al igual que se debe ser exactos en la cantidad de centímetros cúbicos de líquidos ingeridos.
- El equilibrio hidroiónico del organismo se mantiene por medio de la ingesta y la excreción de sales, regulado por mecanismos fisiológicos que permiten que su contenido permanezca constante.

COMPLICACIONES



- El peso mal tomado puede generar errores en la dosificación de volumen hídrico.
- Un control de líquidos inadecuado o mal llevado puede sugerir el uso de medicamentos que no se necesitan:(diuréticos).


EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Involucrar a la familia en el cuidado del paciente es de vital importancia para llevar a cabo este tipo de actividades, generar interés en la familia es asegurar el propósito del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 112 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Manual de enfermería universidad Nacional.
- <http://regencia-unimagdalena-bucaros-udi.wikispaces.com/file/view/CONTROLLIQUIDOSADMINYELIMACION.pdf>

ANEXOS



1. Lista de chequeo en adherencia al protocolo de control de líquidos.

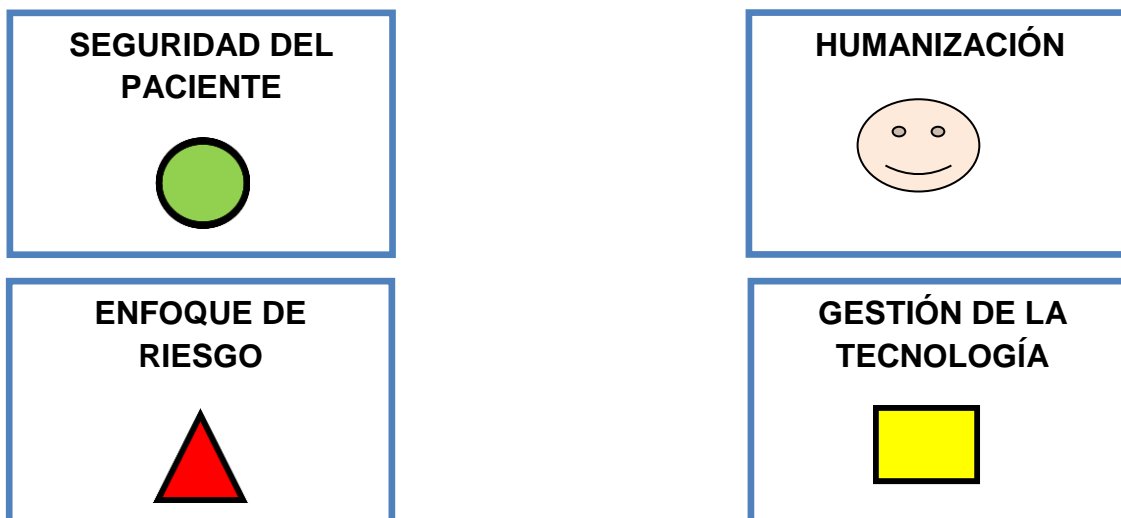
LISTA DE CHEQUEO PARA EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS.			
Objetivo: Revisar objetivamente los cuidados básicos que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.			
Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.			
Responsable: Jefe del servicio			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Tiene claro el concepto de control de líquidos administrados y eliminados.			
Conoce las vías de ingreso y eliminación de líquidos del paciente y como se miden.			
Cada cuanto hace control de líquidos administrados y eliminados			
Discrimino las características de los líquidos administrados y eliminados.			
Calculo el gasto urinario, entiende la fórmula que utiliza			
Diligencio los registros de una manera clara y concreta.			
Informa los cambios en la diuresis a su jefe inmediato			
Aclara en la notas de enfermería el resultado del control.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 113 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



<h2>PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA</h2>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“La dicha de la vida consiste en: tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”</i> <i>Thomas Chalmer</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 114 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

Desde comienzos del siglo pasado se han aplicado distintos tipos de sondas, según los requerimientos de los pacientes. Las razones de dicha aplicación se deben a diversas circunstancias que los aquejan.

Dentro de los objetivos que se pretende lograr tenemos:

- Establecer un medio de drenaje desde la cavidad afectada al exterior
- Con fines diagnósticos
- Para alimentar en el caso de la sonda nasogástrica.

Existen diversos tipos de sondas y vías de aplicación de ellas. Las más utilizadas son la nasogástrica o nasoyeyunal, (en recién nacidos, por sus condiciones de respiración, se debe colocar orofarínge), sonda de Sengstaken-Blakemore, sonda Kerr.

Cada una de éstas debe ser colocada da manera tal que alivie la condición del paciente, y debe ser retirada en cuanto la evolución del paciente así lo permita.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

El sondaje naso gástrico consiste en la introducción de un catéter (sonda nasogástrica) a través de uno de los orificios nasales hasta el estómago.

OBJETIVOS	  
------------------	---




- Administración de medicamentos y alimentos
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico
- Lavado gástrico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 115 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ÁMBITO DE APLICACIÓN	  
-----------------------------	---



Enfermeras y auxiliares de enfermería de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO	  
-------------------------	---




Todos los usuarios pertenecientes a la población del objeto contractual quienes requieran el servicio.

PERSONAL QUE INTERVIENE	  
--------------------------------	---

- Enfermeras
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO	  
----------------------------	---

- Sonda nasogástrica de doble vía (Salem).
- Lubricante anestésico hidrosoluble.
- Jeringa de cono ancho.
- Fonendoscopio.
- Guantes desechables.
- Gasas estériles y esparadrapo.
- Sonda naso gástrica de una sola vía (tipo Levin)

INDICACIONES	  
---------------------	---

Lavado gástrico:

- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 116 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Sospecha de hemorragia digestiva alta.
- Necesidad de obtener cultivos gástricos.

Nutrición enteral:

- En pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

PROCEDIMIENTO




Insercion de la sonda

- Lavado de manos
- Informe al paciente (si está consciente)
- Coloque al paciente en posición semisentado (salvo contraindicaciones)
- Colocación de los guantes según protocolo.
- Medir la longitud de la sonda (nariz/pabellón auricular/epigastrio)
- Marcar esta medida en la sonda
- Lubricar el extremo distal (hidrosoluble)
- Introducir la sonda en una fosa nasal
- Si el paciente está consciente, le solicitaremos que beba y trague agua cuando la sonda esté en orofaringe
- Introducir la sonda de 5 a 10 cm en cada trago, hasta llegar a la marca hecha previamente
- Comprobar que está situada en estómago
 - Aspirando contenido gástrico
 - Introduciendo 20 ml de aire y auscultando, simultáneamente, colocando el fonendo en epigastrio
- Si está en estómago, fijar la sonda con esparadrapo. En caso contrario, retirar y comenzar de nuevo
- Colocar tapón, bolsa colectora o aspiración según la finalidad del sondaje

Retirada de sonda

- Desconectar la sonda del aspirador, si lo hubiere, y pinzarla
- Retirar la fijación de la sonda a la nariz
- Pedir al paciente que realice una inspiración profunda y que mantenga el aire
- Retirarla de forma rápida y progresiva, mientras el paciente contiene la respiración

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 117 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Tirar la sonda
- Proporcionar al paciente pañuelos, para que se suene la nariz, y elixir bucal si lo desea
- Medir la cantidad de líquido de drenaje (si procede)
- Dejar constancia de que se ha realizado la técnica y la reacción del paciente durante la misma
- Anotar la hora de colocación y/o retirada
- Recogida del material utilizado
- Lavado de manos
- Colocar al paciente en posición cómoda

PRECAUCIONES



- Identificación del paciente
 - Si al introducir la sonda el paciente presenta tos, cianosis o dificultad respiratoria, retirar la misma inmediatamente
 - No realizar maniobras bruscas, ni forzar si nos encontramos ante una dificultad
 - Valorar el tipo de sonda y el calibre según la utilización posterior que hayamos previsto
 - Evitar úlceras por decúbito
 - Evitando que la sonda presione sobre la nariz
 - Movilizando la sonda cada 24 horas
 - Inspeccionar las fosas nasales por si se produjeran irritaciones
 - Limpiar la fosa nasal y la sonda con bastoncillos de algodón humedecidos
 - Aplicar un lubricante en la fosa nasal si presenta un aspecto seco o con costras
- Realizar frecuente higiene bucal

CONCLUSIONES



La colocación de una sonda de aspiración nasogástrica, tanto desde el punto de vista diagnóstico como desde el terapéutico (tratamiento de las hemorragias del tracto gastrointestinal alto, vómito severos, entre otros) es uno de los procedimientos de uso más frecuente en la práctica diaria del servicio de urgencia. Por lo cual el personal correspondiente a este servicio debe tener muy claro el cómo hacerlo y así prevenir posibles complicaciones.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 118 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

COMPLICACIONES

- Gastrointestinales, mecánicas, pulmonares, metabólicas y psicológicas.
- Las complicaciones gastrointestinales incluyen diarrea -que puede tener como causas la terapia con medicamentos, la mal nutrición e hipo-albuminemia, el tipo de fórmula, la contaminación bacteriana de la fórmula, la infusión rápida de la dieta, la intolerancia a la lactosa, flora gastrointestinal alterada. Náusea y vómito - causados por intolerancia a la lactosa, exceso de grasa, infusión rápida, solución hiperosmolar, tracto gastrointestinal no disfuncional, estasis gástrica, reflujo gastro-esofágico.
- Vaciamiento gástrico inadecuado y distensión abdominal - causados por disfunción del tracto gastrointestinal, tipo de fórmula (alto contenido de lípidos), infusión rápida, intolerancia a la lactosa, grandes volúmenes de dieta. Reflujo gastroesofágico - causado especialmente por sondas de gran calibre, mayor de 12 Fr.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

- Explicar al paciente que no debe torcer ni tirar de la sonda.
- Enseñar al paciente y/o familia antes del alta los cuidados de la sonda nasogástrica, en cuanto a:
 - o Fijación y movilización de la sonda.
 - o Lavado de la sonda para mantener la permeabilidad.
 - o Higiene de boca y fosas nasales.
 - o La necesidad de acudir a un centro médico en caso de dudas sobre la correcta ubicación de la sonda.

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.enferpro.com/tsng_.htm

ANEXOS



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 119 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

3. LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZAR INSERCION DE LA SONDA NASOGASTRICA

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/P	OBSERVACION
INSERCION DE LA SONDA				
Lavado de manos				
Informa al paciente (si está consciente)				
Coloca al paciente en posición semisentado (salvo contraindicaciones)				
Se pone los guantes según protocolo.				
Mide la longitud de la sonda (nariz/pabellón auricular/epigastrio)				
Marca esta medida en la sonda				
Lubrica el extremo distal (hidrosoluble)				
Introduce la sonda en una fosa nasal				
Si el paciente está consciente, le solicita que beba y trague agua cuando la sonda esté en orofaringe				
Introduce la sonda de 5 a 10 cm en cada trago, hasta llegar a la marca hecha previamente				
Comprueba que está situada en estómago				
Aspira contenido gástrico				
Introduce 20 ml de aire y ausculta, simultáneamente, colocando el fonendo en epigastrio				
Si está en estómago, fija la sonda con esparadrapo. En caso contrario, retirar y comenzar de nuevo				
Coloca tapón, bolsa colectora o aspiración según la finalidad del sondaje				

4. ADHERENCIA PROTOCOLO DE RETIRO DE SONDA NASOGASTRIA

REQUISITO	CUMPLE	NO	N/P	OBSERVACION
-----------	--------	----	-----	-------------



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 120 de 315

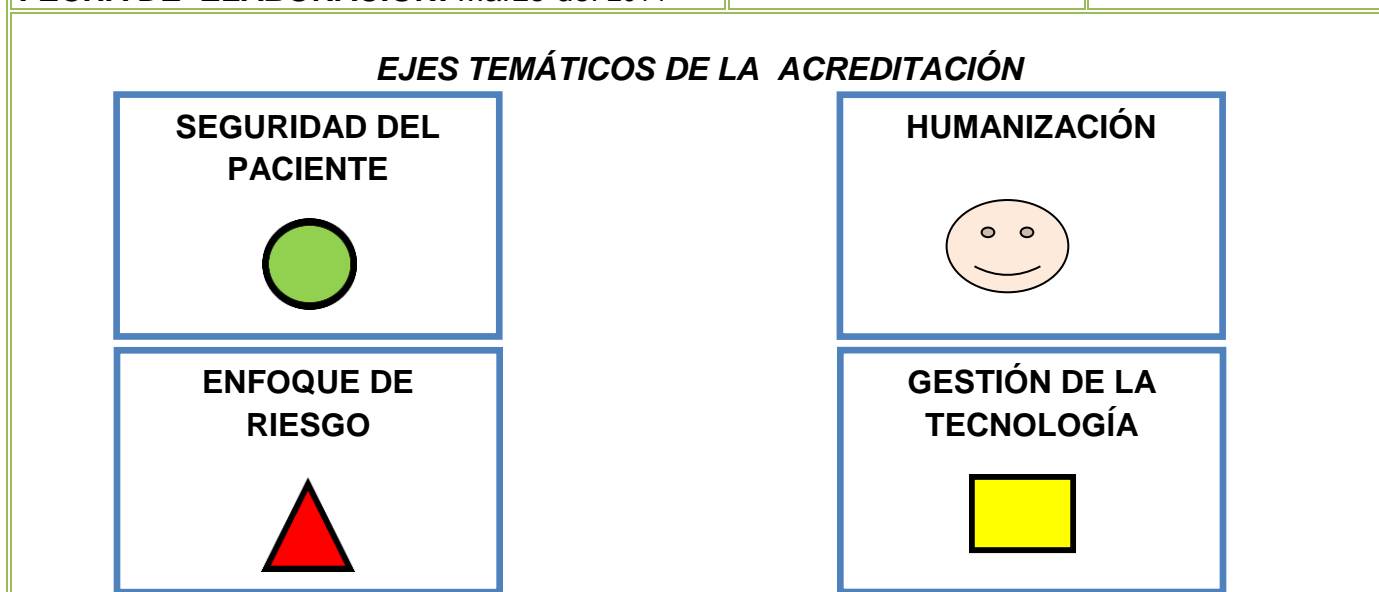
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

		CUMPLE		
Desconecta la sonda del aspirador, si lo hubiere, y pinza				
Retira la fijación de la sonda a la nariz				
Pide al paciente que realice una inspiración profunda y que mantenga el aire				
Retira de forma rápida y progresiva, mientras el paciente contiene la respiración				
Tira la sonda				
Proporciona al paciente pañuelos, para que se suene la nariz, y elixir bucal si lo desea				
Mide la cantidad de líquido de drenaje (si procede)				
Deja constancia de que se ha realizado la técnica y la reacción del paciente durante la misma				
Anota la hora de colocación y/o retirada				
Recoge del material utilizado				
Se lavado de manos				
Coloca al paciente en posición cómoda				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 121 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIO ASITENCIAL
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: Las caídas hospitalarias no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del paciente; todos los miembros del equipo de salud deben proporcionar al paciente un entorno seguro.	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Marzo del 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo del 2014		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 122 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERESES

No se presentaron conflictos de interés entre los participantes.

INTRODUCCIÓN

Cualquier persona que ingrese a una institución de salud en calidad de paciente, está expuesta a sufrir una caída como consecuencia de su estancia dentro de la misma, generando así efectos a corto y largo plazo que pueden desencadenar hasta en la muerte, más del 80% de los eventos adversos tiene como descripción una caída de un paciente.

Actualmente Colombia impulsa una política de seguridad del paciente liderada por el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC** buscando así reducir eventos que comprometan la seguridad del paciente, reduciendo o en lo posible eliminando dichos hechos que muestren a la institución como una organización segura y competitiva a nivel nacional.


La redacción del presente documento está dirigida a todo el personal que hace parte del proceso de atención hospitalaria del paciente: Enfermeros profesionales, Auxiliares de enfermería y Médicos. Para la comprensión de este se recomienda que las personas vinculadas a este proceso sean conocedoras de las buenas prácticas relacionadas con “**Prevención de caídas del paciente**” desarrolladas en el protocolo con el fin de generar procesos institucionales y asistenciales seguros.

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de La Salud (**OMS**) define la caída como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.

La valoración del riesgo de caída nos permite actuar, evitando la aparición de la incidencia y disminuyendo la prevalencia de las caídas, por medio de la identificación correcta de los riesgos en el usuario relacionados con su edad, previniendo así efectos a corto o largo plazo o la posterior muerte del paciente.

De igual forma nos permitirá unificar criterios físicos y electrónicos que ayuden a todas las personas vinculadas al proceso preventivo a generar estrategias de información y sensibilización a su equipo de trabajo y al vínculo familiar sobre la importancia de cuidar a la y evitar efectos irreversibles que comprometan la vida del paciente y los procesos de calidad de las instituciones en salud.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 123 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

A continuación se relacionan los factores contributivos para la aparición de caídas:

Relacionados con el paciente:

- Personalidad del paciente.
- Lenguaje del paciente.
- Creencias religiosas del paciente.
- Problemas psicológicos del paciente.
- La no vinculación del familiar como componente importante en la seguridad del paciente.
- Historia de caídas previas.
- Desconocimiento del paciente sobre su patología y su tratamiento.

Relacionados con las condiciones físicas del paciente:

- Edad > 60 años, < 5 años.
- Pérdida de la audición, de la dicción y la visión.
- Estado mental: Agitación psicomotora, Desorientado, Adinámico, Estuporoso.
- Dificultad o incapacidad para manejo de esfínteres.
- Dolor agudo y crónico.

Relacionados con el tratamiento terapéutico del paciente:

- Medicamentos que produzcan alteración en el estado de alerta del paciente (Anticonvulsivantes, sedantes, anti psicóticos, relajantes musculares o analgesia potente en el caso de los opiáceos fuertes y débiles)
- Medicamentos que alteren la postura del paciente: aquellos que generan mareo, visión borrosa, hipotensión ortostática (Analgésicos, anti- hipertensivos, diuréticos, antieméticos, antiespasmódicos, protectores gástricos)

Relacionados con la tarea y la tecnología:

- Inadecuada adherencia o desconocimiento del protocolo.
- Desconocimiento de las herramientas utilizadas para la clasificación del paciente.
- Clasificación realizada por personal ajeno al área de salud (administrativos)

Relacionados con el individuo o personal a cargo del paciente::

- No elevar barandas, dejar al paciente al borde de la camilla, no solicitar ayuda en caso de traslado al baño del paciente, dejar solo al paciente en el momento que es trasladado a otra dependencia de la institución (laboratorio, imágenes diagnósticas)
- Cansancio, sueño, problemas físicos o mentales del personal de salud que generen acciones inseguras, partiendo de la inadecuada clasificación del paciente.

Relacionados con el equipo de trabajo y clima laboral:

- Inadecuada estructura del equipo de trabajo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 124 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Falencias en la comunicación verbal y escrita del grupo de trabajo.
- Inadecuada supervisión del personal profesional de enfermería.
- No registrar cambios importantes en el paciente.
- Inadecuadas rondas de recibo y entrega de pacientes.

Relacionados con el ambiente:

- Cantidad inadecuada de personal.
- Mantenimiento inadecuado de equipos biomédicos (Camillas sin frenos, barandas inestables)
- Exceso de ruido, ausencia o poca luz.
- Distribución inadecuada de espacios entre camillas.
- Ubicación de la estación de enfermería distante del área de pacientes.
- Exceso de pacientes asignados al personal auxiliar de enfermería.
- Suelos resbaladizos.
- Entorno desconocido para el paciente y su cuidador.

Relacionados con la organización y gerencia:

- No adquisición de los elementos adecuados o reparación de los elementos biomédicos por limitación financiera.

OBJETIVOS



GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias que generen acciones seguras, para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.

ESPECIFICOS:

- Identificar y valorar al paciente con alto riesgo de caída con la escala estandarizada (escala de crichton)
- Detectar cuáles son las fallas presentes en la atención clínica que pueden contribuir a la aparición de
Caídas en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente
- Identificar las barreras de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 125 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- aparición de caídas en las instituciones.
- Reducir la incidencia de errores y eventos adversos.
 - Crear o fomentar un ambiente seguro para el paciente.
 - Establecer estrategias de sensibilización al paciente, al cuidador y al personal de salud.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Personal asistencial de Red salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Todo paciente que ingresa al servicio de observación, hospitalización, sala de parto o cirugía a la prestación del servicio de salud.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- De la ejecución de medidas seguras (rondas de seguridad, escala de riesgo de caída) y aplicación del protocolo: Auxiliares de enfermería.
- De la supervisión y control de la aplicación del protocolo: Profesionales de enfermería.
- De la evaluación de la incidencia y monitoreo: Calidad.

MATERIALES Y EQUIPO




- Historia clínica.
- Escala de riesgo de caída, estandarizada en el protocolo **“Escala de Crichton”**

INDICACIONES



La clasificación de riesgo de caídas se establecerá para toda persona que ingrese a la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 126 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

institución de salud en calidad de paciente, a quien necesite atención médica y medidas terapéuticas que generen riesgo en su integridad física y mental.

PROCEDIMIENTO



1. Valorar a todo paciente que sea ingresado para manejo terapéutico, utilizando la escala de crichton teniendo siempre en cuenta los factores que puedan determinar al paciente como vulnerable ante una caída.
2. Comunicar la situación de riesgo de caída a todo el personal involucrado en la atención del paciente, de dos formas:
 - Oral.
 - Escrita: Dónde se registran los datos del paciente (Tablero)
3. Concientizar al paciente, a su familiar y al personal de salud sobre la importancia de evitar caídas que impliquen consecuencias temporales o permanentes o hasta la posible muerte del paciente.

PRECAUCIONES




Relacionados con el paciente:

- Establecer dialogo con el paciente, conociendo sus necesidades y sus sentimientos, permitiendo detectar factores de riesgo que faciliten una caída.
- Establecer comunicación con el acompañante del paciente, esto nos indicara condiciones físicas y mentales del cuidador en su rol.
- Indagar sobre antecedentes relacionados con caídas.
- Explicar siempre al paciente sobre su enfermedad y sobre los efectos secundarios que puede presentar su tratamiento farmacológico.

Relacionados con las condiciones físicas del paciente:

- Establecer siempre la importancia del cuidador permanente cuando se han detectado factores de riesgo permanentes como el estado patológico, la edad o tratamiento farmacológico.
- Generar acceso permanente al paciente o a su acompañante a los equipos sanitarios como patos y riñoneras.
- Administrar tratamiento en el horario indicado por el médico, evitando así episodios de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 127 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ansiedad generados por el dolor o por su condición patológica.

Relacionadas con la terapia farmacológica:

- Explicar siempre al paciente y a su acompañante los efectos producidos por su terapia farmacológica.
- Posterior a la administración de medicamentos elevar siempre las barandas.
- Relacionadas con las tareas y la tecnología:
- Socialización y conocimiento al personal médico del protocolo y la escala estandarizada para la clasificación de caídas del paciente.
- Diligenciar correctamente la escala de clasificación y riesgo de caídas (escala de crichton)
- La clasificación debe ser exclusiva del personal de enfermería.

Relacionadas con el personal de salud:

- Elevar de forma permanente las barandas, verificar el buen funcionamiento de los frenos en las camillas y ajustarlos.
- Explicar al acompañante la importancia del acompañamiento del paciente a áreas como el baño, en caso de necesitar ayuda, comunicarle al personal de enfermería.
- Verificar constantemente el estado de los pisos, haciendo tarea conjunta con el personal de aseo del servicio.
- Generar rotación del personal de enfermería dentro de las asignaciones.
- Relacionadas con el equipo de trabajo:
- Comunicar de forma verbal y escrita el riesgo establecido en la previa evaluación al paciente.
- Ejecutar rondas de seguridad cada 20 minutos.
- Durante la entrega y recibo de turno mencionar y aclarar la clasificación establecida relacionada con el riesgo de caída en el paciente.

Relacionadas con el ambiente:

- Asignar el personal adecuado acorde al volumen de pacientes en el servicio.
- Verificar constantemente el buen funcionamiento de las barandas y los frenos en las camillas.
- Generar campañas de silencio en el área de trabajo.
- Velar por que haya una iluminación adecuada.
- Establecer espacios adecuados entre camillas.
- Verificar la limpieza constante de los pisos.

Relacionadas con la organización y gerencia:

- Notificar ante las áreas encargadas de bienes y servicios de la empresa las alteraciones

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 128 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

en los equipos, en este caso, las camillas, facilitando así la solución de dichos problemas que minimicen el riesgo de caída en el paciente.

- Generar reportes que dejen constancia de los llamados de la parte asistencial al área de bienes y servicios, cuando se ha notificado un riesgo para la atención de los pacientes.

CONCLUSIONES



- Los procesos seguros son importantes para conservar la integridad del paciente, para ser referentes de atención óptima y segura, abriendo así puertas de entrada hacia la acreditación.
- El paciente y su vínculo familiar son de gran importancia para la ejecución de medidas preventivas frente al riesgo.
- Las prácticas seguras son referencia importante para la actuación del personal de salud frente a acciones inseguras que faciliten la pérdida de la integridad del paciente.
- Los procesos seguros son una prioridad en la atención en salud, los incidentes y eventos adversos son luz roja que indica atención insegura en salud.

COMPLICACIONES



- ✚ Fracturas.
- ✚ Esquinces.
- ✚ Luxaciones.
- ✚ Hematomas
- ✚ Alteraciones de tipo mental y familiar.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Brindar información al paciente y a la familia en los siguientes aspectos:

- Usar calzado cómodo con suela antideslizante.
- Utilizar objetos de apoyo como bastón o caminador.
- Enfermedad y tratamiento farmacológico.
- Uso de las escalerillas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 129 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Acompañamiento permanente.
- Procurar que todo se encuentre al alcance de la mano del paciente.
- Mantener barandas elevadas.
- En caso de no contar con acompañante recurrir siempre al llamado al personal de enfermería.
- Al levantarse de la camilla sentarse por lo menos por dos minutos.
- Si siente mareo, visión borrosa o zumbido en los oídos no intentar pararse de la camilla ni desplazarse solo.

BIBLIOGRAFÍA



- Norma técnica 001 del 2009 – Practicas seguras de la atención en salud.
- Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud” – 2008.
- Modelo organizacional para apoyar la seguridad del paciente en Colombia – Junio del 2007.

ANEXOS



1. ESCALA DE CRICHTON



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 130 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ESCALA DE CRICHTON
 "Clasificación y riesgo de caída de pacientes"

NOMBRE DEL PACIENTE:				EDAD:					
Limitación física: Impedimento, defecto o restricción que impide realizar actividades por sí mismo.		Alteración del estado mental: Desviación del estado de equilibrio y adaptación activa que impiden al individuo interactuar con el medio		Tratamiento farmacológico: Medicamentos que por sus principios activos producen efectos secundarios considerados como riesgo.		Procedimientos invasivos: Manipulación mecánica de la estructura anatómica con fines diagnósticos.		Persona que carece de factor o circunstancia para ser catalogado como riesgo.	
Menor de 6 años, mayor de 70. Antecedentes de caídas. Alteraciones del estado de conciencia. Problemas de visión. Embarazo. Ausencia de miembros en el cuerpo		Agitación psicomotora. Ansiedad. Depresión. Riesgo suicida. Confusión o desorientación mental. Alteraciones congénitas que alteren el estado mental.		Antihipertensivos. Vasodilatadores. Diuréticos. Anti psicótico. Laxantes. Relajantes musculares. Opiáceos fuertes o débiles. Dipirona.		Drenes. Sondaje vesical. Sondaje NSG. Posparto.			
El paciente se moviliza sin dificultad, no requiere apoyo.	Presenta factor de riesgo para la movilización.	No existe patología de tipo mental	Presenta alteración del estado mental	El paciente no recibe tratamiento farmacológico de riesgo	El usuario requiere de uno o más mctos señalados.	No se ha realizado proced. invasivo riesgoso	Se ha realizado proced. invasivo riesgoso	El paciente no presenta factores de riesgo.	Requiere permanecer en observación u hospitaliz.
0	2	0	3	0	2	0	2	0	1

RIESGO	PUNTAJE	CÓDIGO O COLOR
Alto	4 a 10	Rojo
Medio	2 a 3	Azul
Bajo	0 a 1	Verde


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 131 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

2. LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CAIDAS

ITEM	REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/ A
1	Valora al paciente e identifica riesgo de caída por medio de la aplicación de la escala de crichton , la diligencia y anexa a la historia clínica manual y digital.			
2	Comunica de forma verbal y escrita la clasificación que se ha realizado al paciente, escrita por medio del rotulo de identificación del paciente y verbal al momento de comunicar al equipo de trabajo encargado de la continuidad del tratamiento al paciente.			
3	Explica con términos adecuados al paciente y su acompañante la importancia de generar un ambiente seguro relacionado con sus condiciones patológicas y del tratamiento que pueden generar posible caída y posterior trauma.			
4	Efectúa rondas de seguridad, verificando la presencia del acompañante, el elevamiento permanente de las barandas y la funcionalidad en los frenos de las camillas.			
5	Reporta inmediatamente con el enfermero del servicio los eventos adversos presentados.			

PROTOCOLO:	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO.	M-GH-P-013

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 132 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PREVENIR ULCERAS POR PRESIÓN</h1>	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>Tratar una úlcera por presión es mucho más difícil que prevenirla; la prevención es la máxima prioridad.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Noviembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Noviembre 2013		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



CONFLICTO DE INTERÉS	
-----------------------------	---

No hubo conflictos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 133 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

INTRODUCCIÓN



Es frecuente en la instancia hospitalaria la presencia de pacientes que presenten enfermedades, transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama.

Las causas pueden ser multifactoriales, afecciones neurológicas, trastornos cardiopulmonares, eventos traumáticos, entre otros. Las úlceras por presión suponen un importante impacto para cualquier nivel asistencial ya que ocasionan consecuencias de diferente índole y gran importancia no sólo para las personas que las sufren sino también para los profesionales y las instituciones asistenciales por sus repercusiones económicas y legales. Por una parte las úlceras por presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el auto cuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte.

El riesgo del acometimiento de la úlcera por presión en paciente es cuestionable así como la validez de la atención de enfermería al aplicar la escala de Braden para verificar las evidencias de este cuidado y la incidencia de úlceras por presión.

La atención preventiva de enfermería reduce las úlceras por presión.

DEFINICIÓN



Úlcera: Lesión de la piel con o sin pérdida de continuidad que puede comprometer tejido subcutáneo, músculo o tejido óseo y llegar hasta la muerte celular causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas.

Las úlceras por presión pueden aparecer cuando se produce un aplastamiento de los tejidos blandos entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa por un tiempo prolongado (entre 2 y 4 horas) a una compresión que excede la presión capilar normal (32 mm de Hg). Esta presión ocasiona un bloqueo sanguíneo originando una isquemia en la membrana vascular, produciendo vasodilatación, extravasación tisular e infiltración celular. Suele ocasionar también una isquemia local intensa de los tejidos subyacentes,

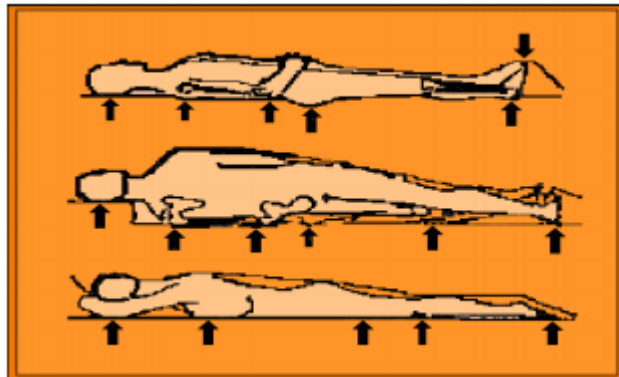
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

trombosis venosa y muerte celular, las cuales conducen a la necrosis con la presencia de una escara.

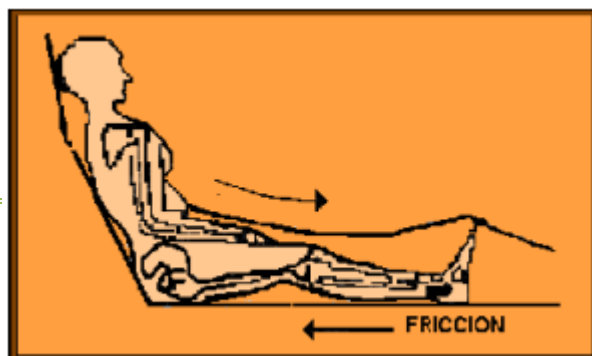
Este proceso puede abarcar los planos profundos con destrucción muscular, ósea y daño a las terminaciones nerviosas vasos sanguíneos y ulceración. Su tamaño varía dependiendo del daño ocasionado. Es importante señalar que el tejido muscular es más sensible a la isquemia que la piel, de manera que pueden necrosarse antes que se afecte la piel que los recubre. El eritema que no cede al liberar la presión es el primer signo de alerta que indica que estamos en presencia de una úlcera por presión incipiente.

La fuerza responsable de su aparición es:

Presión: Fuerza que actúa en forma perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, silla de ruedas, yeso, prótesis, sondas etc.). La presión capilar oscila entre 6 y 32 mm. de Hg. Una presión superior a ésta ocluye el flujo sanguíneo provocando hipoxia y si esta constante, ocasiona muerte celular.



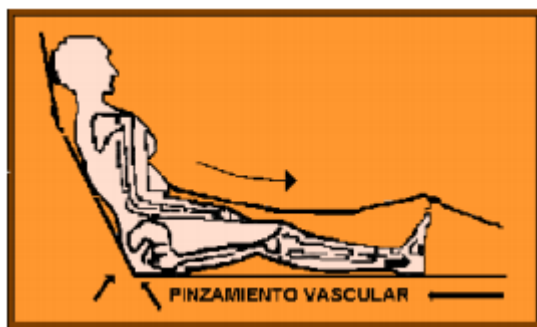
Fricción: Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel sobre la superficie de apoyo produciendo roces por movimiento o arrastres, esta acción puede erosionar el estrato córneo de la piel perdiendo su función de barrera.



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 135 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción cuando la superficie de contacto se contrapone al desplazamiento del cuerpo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen bloqueo sanguíneo. El deslizamiento del paciente en la cama en posición sentado hace que la superficie de la piel se mantenga apegada a la superficie de apoyo y los planos profundos de la piel, se deslizan en dirección opuesta por la fuerza de gravedad.



FACTORES PREDISPONENTES

PROPIOS DEL PACIENTE

- Alteración del estado de conciencia: paciente presenta disminuida o nula la percepción que lo estimula al cambio de posición.
- Deficiencia nutricional, ingesta deficiente hipoproteinemia, deshidratación y deficiencias vitamínicas: La Vitamina C es necesaria para la síntesis del colágeno que aumenta el riesgo de destrucción de la piel.
- Trastornos metabólicos o circulatorios: paciente diabético, hipertenso o con insuficiencia venosa o arterial
- Hipotermia inducida: La inducción a bajas temperaturas en algunos procedimientos quirúrgicos favorece la aparición de este tipo de lesiones.
- Enfermedades concomitantes: Aumentan el riesgo de ulceración.
- Estado febril o infección: el aumento de temperatura corporal por diversas causas incrementan la tasa metabólica y el consumo de O₂ y nutrientes.
- Edema
- Trastornos de la inmunidad: paciente oncológico, con diálisis, trasplantado entre otros.
- Combinación de factores en personas de edad avanzada: dificultades de movilidad e

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 136 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

incontinencia que predisponen a alteraciones en la integridad de la piel.

- Envejecimiento cutáneo.
- Pérdida sensitiva o motora por lesiones cerebrales o medulares: paciente impedido a la movilización voluntaria, con pérdida de sensibilidad a los estímulos de presión, dolor y temperatura no percibiendo las molestias del apoyo prolongado.

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios que facilitan la formación de úlceras:

- Regeneración epidérmica más lenta.
- Disminución de la cohesión de las células epiteliales.
- Menor densidad de vasos sanguíneos dérmicos
- Menor percepción del dolor
- Adelgazamiento de la dermis
- Trastornos a nivel de la formación y regeneración del colágeno y tejido elástico.
- Menor reserva de ácido ascórbico que determina una mayor fragilidad capilar.

FACTORES EXTERNOS

- Humedad: como consecuencia de incontinencia, heridas exudativas, transpiración o hipertermia prolongada.
Inmovilidad prolongada: intervención quirúrgica prolongada, pruebas diagnóstica invasivas
- que requieran inmovilidad férula o tracción.
- Presencia de cuerpos extraños en contacto con la piel: objetos, férulas, yesos.
- Sondajes: sonda vesical, enteral, cánula endotraqueal, drenajes. Ropa de cama arrugada.
- Higiene deficiente: Acumulo de secreciones y humedad, asociado a otros factores externos aumenta el riesgo.
- Posturas inadecuadas: y mantenidas en las cuales se produce roce, fricción o presión

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

Tienen relación con la posición que se mantiene durante un tiempo prolongado sobre prominencias óseas con mayor incidencia en pacientes de riesgo.

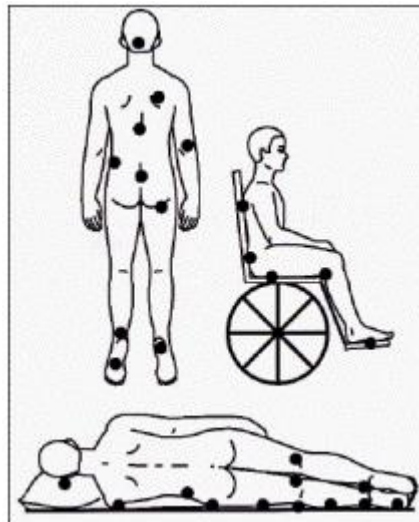
Decúbito dorsal: Occipital, Omóplatos, Apófisis espinosas, Codos, Sacro (localización más frecuente), Talones (segunda localización más frecuente), Isquion (tercera localización más frecuente), Tendón de Aquiles.

Decúbito lateral: Pabellón auricular, Hombros, Crestas ilíacas, Trocánteres mayores, Cara interna y externa de las rodillas, - Maléolos externos e internos (Cuarta localización más frecuente), Bordes laterales de los pies.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


Decúbito prono: Acromion, Hombros, Rodillas, Ortejos

Sentado: Omóplatos, Apófisis espinosas, Sacro, Isquion, Poplíteas.




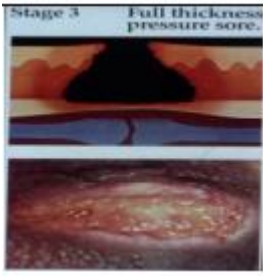
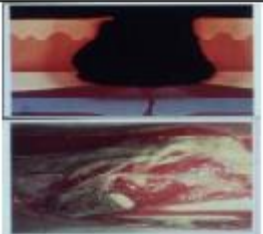
MANIFESTACIONES CLINICAS

LAS UPP se manifiestan como una zona eritematosa no blanqueable, pérdida epitelial, solución de continuidad de la piel. Según su extensión se clasifican en 4 estadios según las estructuras afectadas de los tejidos.

ESTADIO I	SIGNOS
	<ul style="list-style-type: none"> Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por una zona eritematosa que no es capaz de recuperar su coloración habitual en treinta minutos. La epidermis y dermis están afectadas pero no destruidas. En pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: Temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y/o sensaciones (dolor, escozor).
ESTADIO II	<ul style="list-style-type: none"> Úlcera superficial que presenta erosiones o ampollas con

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 138 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

	<p>desprendimiento de la piel. Pérdida de continuidad de la piel únicamente a nivel de la epidermis y dermis parcial o totalmente destruidas. Afectación de la capa subcutánea.</p>
<p>ESTADIO III</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera ligeramente profunda con bordes más evidentes que presenta destrucción de la capa subcutánea. Afectación del tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación. • Según algunos autores su extensión hacia abajo no traspasa la fascia subyacente.
<p>ESTADIO IV</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera en forma de cráter profundo, que puede presentar cavernas, fístulas trayectos sinusos con destrucción muscular, hasta la estructura ósea o sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Exudado abundante y necrosis tisular. No se debe olvidar que esta clasificación no es evolutiva, es decir, para que un paciente tenga una úlcera grado IV, no es necesario que pase previamente por las etapas I, II y III.

VALORACION DEL RIESGO

ESCALA DE BRADEN: Valora 6 parámetros: Estado Mental, Incontinencia, Actividad, Movilidad, Nutrición y Sensibilidad cutánea



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
Versión: 1
Fecha de elaboración: 31/03/2014
Fecha de revisión: 21/05/2014
Página: 139 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Estado Mental	Incontinencia	Actividad	Movilidad	Nutrición	Sensibilidad cutánea	Valor
Alerta	No o SV**	Normal	Completa	Buena	Presente	4
Desorientado	Ocasional	Camina con ayuda	Limitación ligera	Regular	Disminuida	3
Letárgico	Urinaria o fecal	Se sienta con ayuda	Limitación importante	Mala	Presente en extremidades	2
Comatoso	Urinaria y fecal	Postrado en cama	Inmóvil	NP*o Caquéctico	Ausente	1

*NP: Nutrición Parenteral. ** SV: Sondaje Vesical

CLASIFICACION DEL RIESGO

Puntuación Menor 13	Riesgo Alto.
Puntuación 13 a 14	Riesgo Medio.
Puntuación Mayor a 14	Riesgo Bajo

OBJETIVOS



- Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la aparición de úlceras por Presión en los pacientes hospitalarios.
- Detectar cuáles son las fallas en la atención clínica que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 140 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes en la institución.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Actividad diaria que realiza el personal de enfermería y auxiliar de enfermería.

POBLACIÓN OBJETO



- Se debe aplicar a todos los pacientes que durante su estancia hospitalaria mantengan una presión mayor a dos horas.
- A los pacientes terminales o con gran afectación del estado general, cuyo daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas y en general a todos los pacientes identificados de riesgo por distintos factores.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



- Valoración y registro de úlceras por presión
- Regla milimetrada para valoración del tamaño de la úlcera por presión.
- Prevención e higiene
- Jabón suave
- Productos hidratantes
- Ropa de cama fresca de algodón
- Elementos de alivio de presión: cojines, almohadas, colchón

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 141 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Crema hidratante

INDICACIONES



Todo paciente que ingrese al servicio de hospitalización.

PROCEDIMIENTO



Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de la institución.

EVALUÉ

Realice una evaluación al ingreso de cada paciente para identificar riesgos de escara en aplicación a la escala de Braden. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión.

CLASIFIQUE:

Según la evaluación el riesgo en que se encuentra cada paciente; riesgo bajo, riesgo moderado o riesgo alto.

IDENTIFIQUE


Identifique al paciente con este riesgo; puede ser mediante una manilla de color o con un aviso visible en la historia clínica, habitación y en la cama del paciente.

APLIQUE MEDIDAS PREVENTIVAS

Teniendo en cuenta esta valoración de riesgo aplique medidas preventivas desde: Tener una valoración por parte de un nutricionista en los casos que sea posible controlar y registrar la ingesta de alimentos Identificar y corregir carencias nutricionales.

SEÑALE CAMBIOS

Identifique y señale cambios en la evaluación y condición del paciente. Cuál ha sido la evolución del paciente frente a la primera evaluación. Verifique si los resultados esperados coinciden con los reales. Haga una análisis crítico de los cambios en la condiciones del paciente y comente y registre

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 142 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

los cambios de forma oportuna durante la entrega de turno.

ELABORE UN PLAN DE REHABILITACIÓN:

Elabore un plan que mejore la movilidad y actividad del paciente, que permita controlar la aparición de puntos de presión y deformidades en el paciente. Integre a este plan al equipo de rehabilitación fisioterapeuta y terapeuta ocupacional quienes podrán brindar mayor orientación en el manejo de estos pacientes.

PRECAUCIONES



CUIDADOS DE PIEL

- Higiene diaria con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos.
- Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.
- Aplicar cremas hidratantes o aceite de almendras procurando su completa absorción.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes no realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión.

Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales: Cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e

- Individualizada en periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias.
- Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto) cada quince minutos.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre.
- Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.

CONCLUSIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 143 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Se debe crear una cultura de la prevención de las lesiones en piel el todo el personal de la E.S.E., a través de la valoración del riesgo al ingreso, estandarización de los reportes de eventos adversos, y análisis como parte del proceso de mejoramiento de calidad asistencial, seguimiento a las úlceras por presión, capacitación continua y así disminución de las úlceras por presión.

COMPLICACIONES



- Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada
- Realizar mala higiene al paciente
- Posicionamiento inadecuado del paciente (paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)
- Paciente con inmovilización inadecuada (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por aditamentos adicionales mal situados genere escaras)
- Realización de masajes de forma inadecuada sobre prominencias óseas.
- Hospitalización prolongadas
- Cambios psicológicos por demora en la recuperación
- Déficit sensitivo
- Dolor
- Anemia
- Infección

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Educación de familiares y responsables directos en el cuidado del paciente, realice planes caseros que permitan a los familiares y cuidadores brindar buenos y adecuados cuidados para prevenir al máximo la aparición de escaras y úlceras de presión cuando el individuo se encuentre fuera del ámbito hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA



- <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS>

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 144 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ANEXOS



Lista de chequeo en verificación a la adherencia del protocolo

LISTA DE CHEQUEO DE ULCERAS POR PRESION.			
Objetivo: Revisar objetivamente los cuidados básicos de enfermería que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.			
Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.			
Responsable: Jefe del servicio			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Lavado de manos (bioseguridad)			
Revisa el equipo que funciones adecuadamente y este completo, lleva en que elaborar sus registros inicialmente.(sus registros son organizados).			
Saluda al paciente y a su familia, les explica el motivo de su presencia.			
la auxiliar entiende la escala de Braden y la interpreta bien			
Interpreta las necesidades básicas del paciente en cuanto su movilidad			
Hay un plan de cuidados hecho para el usuario por la enfermera jefe y el equipo interdisciplinario.			
Se sigue ese plan de cuidados y se lleva control del mismo en la historia clínica, además se da la puntuación en la entrega de turno.			
El paciente tiene la piel íntegra y la familia está involucrada en el cuidado del paciente.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 145 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO MANEJO DE HERIDAS</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Vivir con plenitud es vivir equilibradamente, usando de todo sin abusar de nada” Jaime Borrás</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

**SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



HUMANIZACIÓN




**ENFOQUE DE
RIESGO**





**GESTIÓN DE LA
TECNOLOGÍA**



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 146 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

Es importante tener un conocimiento básico y claro al enfrentar heridas o úlceras con tejido esfacelado, infectado o necrótico. El desbridamiento y el manejo de las heridas infectadas han sido un importante desafío para el personal de salud a través de los años.

Existen muchos mitos con respecto a este tema, tales como el uso de azúcar, naftalina, antisépticos, medicamentos locales y otros, elementos que han quedado obsoletos sobre todo en el último decenio, en el que el mayor conocimiento del proceso de cicatrización de las heridas, unido a los adelantos científicos y a los avances tecnológicos en el desarrollo de productos efectivos, han permitido un mejor manejo del proceso de curación.

Esto hace que hoy este tema se aborde de manera sistemática y se resuelvan muchos de los dilemas existentes, a la vez que se optimiza la curación mediante la selección de los elementos más apropiados para este fin.


La presente guía se constituye en un marco de referencia para elegir la técnica más adecuada y fundamentada desde el punto de vista científico - clínico para hacer frente a los diferentes tipos de heridas o úlceras en las que sea necesario desbridar o manejar la infección.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

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

TIPOS DE HERIDAS

Según la integridad de la piel:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 147 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


- Herida Abierta: Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.
- Herida Cerrada: Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarró visceral.

De acuerdo a la gravedad de la lesión:

- Herida Superficial: Que solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo. Abrasión o quemadura de primer grado.
- Herida Penetrante: Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo heridas por arma de fuego o puñalada.

De acuerdo a la limpieza o grado de contaminación:

- Herida Limpia: Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratorio, digestivo, genitourinario ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas.
- Herida Limpia/ Contaminada: Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaringe, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos. No hay contaminación de importancia. La probabilidad de infección va del 5 al 10%.
- Herida Contaminada: Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable de contenido gastrointestinal, aquí también se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con mas de 4 horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento quirúrgico. La probabilidad relativa de infección es del 10 - 15%.
- Herida Infectada Sucia: Se trata de heridas traumáticas más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 148 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es > 25%.

OBJETIVOS



- Estandarizar normas de cuidado en el manejo de las heridas.
- Identificar características de un tejido esfacelado, necrótico o infectado
- Valorar la importancia de aplicar una técnica adecuada en el manejo del desbridamiento y de las heridas infectadas
- Conocer y aplicar las técnicas actuales existentes para desbridar y tratar las heridas infectadas
- Evaluar las técnicas aplicadas al desbridar y tratar las heridas infectada

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Enfermeras y auxiliares de enfermería de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Todos los usuarios pertenecientes a la población del objeto contractual quienes requieran el servicio.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermeras
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 149 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Equipo de Curaciones.

- SSN 0.9%
- Producto indicado para curación según necesidad
- Guantes limpios
- Guantes estériles
- Tapabocas
- Gasas estériles
- Apósitos estériles
- Bolsa roja para desechos
- Riñonera
- Bandeja

INDICACIONES



- Presencia de tejido necrótico
- Presencia de heridas abiertas o cerradas
- Presencia de heridas limpias o contaminadas

PROCEDIMIENTO



Herida Limpia

- Establecer comunicación con el paciente, explique el procedimiento de lavado de la herida.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que permita que la solución de lavado fluya sobre la herida, expóngase solo ésta.
- Favorecer la privacidad cerrando las puertas o corriendo cortinas.
- Colocar el material próximo en una mesa auxiliar.
- Colocar la riñonera próxima al sitio de curación.
- Hacer lavado de manos, preferiblemente con jabón quirúrgico.
- Colocar los guantes y tapabocas según se requiera.
- Retirar apósito manchado, evaluar y desechar en la riñonera, dejándolos caer a una distancia mayor a 15 cm.
- Valorar la herida observando presencia de inflamación, enrojecimiento, induración o

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 150 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

secreciones.

- Realizar el lavado de la herida con técnica aséptica utilizando SSN 0.9% de forma lenta y con flujo continuo desde el sitio mas limpio al más sucio, de manera suave que no cause lesiones, repítase la limpieza hasta que elimine la secreción.
- Secar los bordes de la herida con gasa estéril desde el sitio más limpio al más contaminado.
- Cubrir con gasas estériles, aplicando estimulantes de cicatrización según necesidad, fíjelo con esparadrapo: En caso de exudado leve o inflamación y enrojecimiento, aplicar producto indicado y luego cubrir con gasa estéril.
- Dejar el paciente en posición cómoda.
- Desechar el material contaminado depositado en la riñonera, en la bolsa roja.
- Quitar los elementos de protección.
- Lavar las manos.
- Guardar el resto de SSN 0.9% sobrante.
- Si está cubierta la herida, deberá descubrirla de 24 a 48 horas y lavar con agua limpia en el momento del baño y repetir el procedimiento
- Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente.

Herida limpia contaminada

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

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

Herida Contaminada

- Realizar los pasos del cuidado de herida limpia.
- Si al valorar la herida encuentra tejido rojizo brillante, drenaje serosanguinolento

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 151 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

escaso, sangrado fácil de tejido neoformado:

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

Nota: El método de limpieza mas inocuo es la irrigación con SSN 0.9%. Aplicar un apósito húmedo para cubrir la herida y fijar con esparadrapo para crear un ambiente húmedo y facilitar la licuefacción del tejido necrótico si existe, o aplicar colagenasa, si no existe tejido muerto, proceder a aplicar antibiótico local y cubrir con gasa estéril seca. Proteger la piel que circunda la herida.

Herida Infectada

- Si después de la valoración de la herida encuentra como hallazgos un tejido rojo brillante, ausencia de olor fétido, sangrado fácil y ausencia de drenaje seropurulento, orientar su cuidado para un individuo con herida abierta no complicada.
- Si los hallazgos son: dolor intenso, olor fétido, drenaje purulento abundante, tener en cuenta los pasos para el manejo de herida limpia y considerar además los siguientes:
- Administrar analgésico ordenado media hora antes de la curación.
- Realizar la curación cada 12 a 24 horas, teniendo en cuenta si el drenaje es excesivo o abundante conservar la técnica aséptica.
- Proteger los tendidos y ropas del paciente del contacto con los líquidos de la curación o del drenaje de la herida.
- Realizar lavado de la herida a presión con SSN 0.9% y jabón antiséptico, irrigar las heridas infectadas, exudativas o necróticas así:
- Utilizar presión continua sobre la bolsa y dirigir la salida de líquidos en Spray a la base de la herida o al borde del tejido necrótico, este método proporciona una presión ideal de la solución para lavar las heridas con un traumatismo tisular mínimo.
- Repetir hasta que la solución este limpia y se haya removido la mayor cantidad de exudado y tejido desvitalizado
- Realizar desbridamiento de la herida si observa tejido muerto lesionado ya que este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. (Utilizando colagenasa o apósitos humedecidos en SSN).
- Luego del lavado dejar perfectamente cubierta la herida empleando material estéril.
- Valorar la cantidad y características del drenaje en cada curación.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 152 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PRECAUCIONES



- No desbridar cuando se tengan heridas limpias, no infectadas, libres de cuerpos extraños, con escaso tejido esfacelado o necrótico. Si una herida tiene tejido necrótico y el objetivo general del cuidado para el paciente no considera la reparación de la herida, sino mantener su comodidad (ej. paciente terminal), puede no ser apropiado el desbridamiento.
- No desbridar una úlcera seca, gangrenosa o una herida isquémica seca y estable hasta que se pueda mejorar el estado vascular del paciente, ya que el tejido necrótico actúa como una barrera protectora externa

CONCLUSIONES



EL cuidado de las heridas no es una ciencia exacta y depende principalmente de la observación clínica y la experiencia del profesional por este motivo, la buena formación y el conocimiento de los profesionales de la salud siempre serán factores en el cuidado de las heridas.

Los profesionales que trabajan con el cuidado de las heridas siempre deben tener en cuenta que:

- Las heridas cicatrizan mejor en un medio ambiente humano. Desde el descubrimiento de este hecho en los años 60, existen el mercado apósitos diseñados para facilitar la cicatrización creando un medio ambiente húmedo.
- Lo más importante en el cuidado de las heridas es diagnosticar y tratar la causa subyacente de la lesión. Este paso es fundamental para conseguir la cicatrización y obtener los mejores resultados con la utilización de apósitos modernos de cura en ambiente húmedo.
- Dado que la curación de una herida depende del estado general del paciente, la valoración integral del mismo es esencial para la planificación y evaluación de la lesión.

COMPLICACIONES



- Hemorragia: Salida de sangre de la circulación vascular que destruye la integridad del

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 153 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

sistema circulatorio.

- Infección: Penetración de microorganismos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo (el cuerpo humano), con permanencia o multiplicación posterior.
- Dehiscencia: Es una separación parcial o total de las capas de los tejidos de la piel por encima de la fascia en una herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.
- Evisceración: Es la protrusión del contenido de la herida. Es el resultado de que han cedido las suturas, así como de infecciones y con mayor frecuencia de la distensión considerable o de la tos, al igual está involucrada una nutrición deficiente.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Explicar a la familia la importancia de la realización de las curaciones según indicaciones.
- Hacer partícipe a la familia en el cuidado de vendajes y gasas del paciente
- Recaltar al paciente y la familia la importancia de informar cambios al personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA




- DAVIS M.; DUNKLEY P.; HARDEN R.M.; HARDING K; LAIDLAW J.M.; Morris A.M.; WOOD RAEI Programa de las Heridas: Una Nueva era en la Curación
- CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basa en la Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia

ANEXOS




1. LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZAR MANEJO DE HERIDAS

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 154 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar el manejo de heridas de forma correcta

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Realiza lavado de mano según protocolo				
Explica el procedimiento				
Ubica la paciente en la posición adecuada preservando su intimidad				
Realiza el procedimiento según protocolo descrito para los diferentes tipos de herida				
Enseña al el paciente signos de alarma, y cuidados para prevenir complicaciones				
Registra hallazgos en la historia clínica y remite según necesidad				
Informa cita de control si se indicara.				


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 155 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO HIGIENE Y CONFORT EN EL PACIENTE</h2>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	01
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>Uno nunca sabe cuánto ha aprendido, hasta que se lo enseña a otro. Anónimo.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO




GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA




	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 156 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---




No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

Uno de los procedimientos realizados con más frecuencia por los auxiliares de enfermería, es el *aseo del paciente*. La higiene, proporciona bienestar sobre todo si debido a su patología, el paciente debe permanecer encamado.

Este bienestar mejora sin duda la calidad de vida y trata de brindar cuidados a través del aseo, mejorando la circulación, la hidratación de la piel y la imagen del paciente en general.


El aseo de un paciente encamado es una tarea diaria en hospitales, geriátricos o domicilio del encamado.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---


Es una técnica de Enfermería que se realiza en los hospitales y centros geriátricos al paciente que por su estado de salud, no pueden abandonar su cama.

La técnica consiste básicamente en ir enjabonando, enjuagando y secando a la persona encamada por partes para no enfriarla demasiado, protegiendo simultáneamente la cama para no mojarla y cambiarle finalmente la ropa usado de la cama por otra limpia, todo esto sin tener que levantarlo y en aproximadamente 15 minutos.

No obstante también se realiza atención al paciente que se puede movilizar para lo cual se realizar la descripción del paciente en ducha.

OBJETIVOS	  
------------------	---

Mantener en las mejores condiciones posibles la piel, para que este cumpla eficazmente sus

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 157 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

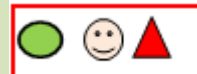
funciones, proporcionado al paciente seguridad, comodidad y bienestar.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Auxiliares de enfermería de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



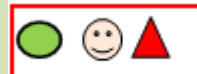
Todos los usuarios pertenecientes a la población del objeto contractual quienes requieran el servicio.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



- Artículos de higiene personal(peine, colonia...).
- Esponjas monouso.
- Guantes monouso.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante.
- Bolsa para residuos.
- Bolsas y carro de ropa sucia.
- Balde o platon
- Pijama ó camisón.
- Toallas.
- Tapones para los oídos (algodones)
- Shampu
- Vaso.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 158 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Antiséptico bucal (hexetidina o clorhexidina).
- Vaselina.

INDICACIONES




- Pacientes que tengan movilidad reducida
- Pacientes que se puedan desplazar y que se encuentren hospitalizados

PROCEDIMIENTO



DUCHA DEL PACIENTE ENCAMADO

- Realizar lavado de manos.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Mantener la temperatura adecuada y evitar las corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el agua a la temperatura adecuada.
- Colocar al paciente en decúbito supino (si no existe contraindicación).
- Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
- El lavado del paciente se realizará siguiendo el orden indicado: ojos, cara, orejas, cuello, hombros, brazos, manos y axilas, tórax, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas, región genital.
- Lavar los ojos y la cara del paciente con agua templada sin jabón, y secar cuidadosamente. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas y axilas. Enjuagar y secar.
- Acercar el balde al borde de la cama y permitir si fuera posible que introduzca las manos y se las lave.
- Secar a continuación. Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Lavar el tórax (en las mujeres incidir en la zona submamaria), continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.
- Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
- Lavar las extremidades inferiores prestando atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 159 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Cambiar el agua, jabón y esponja. Lavar los genitales y la zona anal. Enjuagar. Secar bien la piel, poniendo atención en los pliegues cutáneos.
- Aplicar crema hidratante.
- Vestir al paciente con el pijama ó camión.
- Peinar al paciente y facilitar el uso de sus artículos de aseo personal.
- Observar el estado de las uñas, limpiándolas y cortándolas si fuera preciso.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada al cambio postural correspondiente. Recoger el material.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.
- Anotar el procedimiento y posibles incidencias en la historia de enfermería.

LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE EN CAMA

- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada
- Lavado higiénico de manos
- Informarle de la técnica a realizar
- Colocar tapones de algodón en los oídos
- Adecuar la altura de la cama y retirar el cabecero y la almohada.
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión al borde de la cabecera de la cama.
- Desnudar al paciente, si fuera necesario, de cintura para arriba y cubrirle con una sábana o entremetida.
- Extender un hule desde la espalda del paciente hasta el interior del balde. por debajo del cuello y cabeza del paciente. Procurar que los laterales del hule queden algo elevados, para que el agua escurra el balde.
- Colocar también una toalla o entremetida entre el hule y la espalda y cuello del paciente, para evitar que se moje el cuerpo.
- Preparar el resto de material al lado de la cama sobre una mesita auxiliar.
- Echar poco a poco agua sobre la cabeza hasta que se empape todo el cabello.
- Escurrir el cabello y aplicar el champú o jabón friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Aclarar y efectuar un segundo lavado.
- Para secar, envolver el cabello en una toalla y utilizar un secador si es necesario.

HIGIENE DE GENITALES

- Lavado higiénico de manos
- Guantes desechables.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 160 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Informarle de la técnica a realizar
- Colocarle en decúbito supino con las rodillas flexionadas y en rotación externa.
- Adecuar la altura de la cama.
- Técnica en mujeres: Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario. Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón. Secar.
- Técnica en varones: Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial. Aclarar hasta eliminar todo resto de jabón. Secar, colocar el prepucio, para evitar edema de glande o parafimosis.

HIGIENE DE LA BOCA

- Realizar la técnica con suavidad, para no producir lesiones en encías y mucosas.
- Evitar maniobras que puedan provocar náuseas al paciente.
- Informarle del procedimiento a realizar.
- Si el paciente está capacitado, facilitarle el material necesario para que él mismo colabore o realice la limpieza bucal.
- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición correcta (semisentado o decúbito lateral, si no puede incorporarse).
- Lavado higiénico de manos.
- Guantes desechables.
- Preparar en el vaso la solución antiséptica bucal.
- Si el paciente lleva prótesis dental extraíble, retirarla para realizar la limpieza bucal.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Con las pinzas, preparar una torunda e impregnarla en la solución antiséptica, procediendo a continuación a la limpieza del interior de la boca (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes).
- Cambiar de torunda cuantas veces sea necesario.
- Secar labios y zona peribucal, lubricando a continuación los labios con vaselina.
- Prótesis dentales extraíbles: Lavar utilizando un cepillo adecuado, Desinfectar, sumergiéndolas durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina acuosa o hexetidina, aclararlas con agua antes de colocárselas nuevamente al paciente. Si no se le colocan al paciente, secarlas y guardarlas en el contenedor de prótesis dental.
- Retirar todo el material y colocar al paciente en posición cómoda.

DUCHA DEL PACIENTE NO ENCAMADO

- Valorar el grado de dependencia del paciente, para facilitarle la ayuda o supervisión

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 161 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

durante el procedimiento.

- Recomendarle medidas de seguridad, para prevenir caídas accidentales y recordarle la existencia del timbre por si precisa solicitar ayuda.
- Facilitarle el material necesario y comprobar que la ducha está en las debidas condiciones de higiene y seguridad.

PRECAUCIONES



- Realizar el aseo del paciente diariamente y cada vez que lo precise.
- Valorar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar el grado de autonomía, fomentando el autocuidado
- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente
- Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado. "es importante en todo momento cuidar la intimidad del paciente, mantener una temperatura agradable tanto, del agua como del ambiente en donde se realiza el procedimiento


CONCLUSIONES



Las guías y protocolos constituyen una herramienta útil para garantizar la homogeneidad en las técnicas y cuidados de enfermería. Los continuos cambios tecnológicos y organizativos obligan, además, a que las revisiones de las técnicas sean realizadas con periodicidades cortas para eliminar obsolescencias y adaptarse a nuevas tecnologías y necesidades asistenciales.

En este contexto podemos constatar que los cambios habidos en los hábitos y condiciones de higiene han supuesto un aumento en el nivel de los mismos y que, evidentemente, ha modificado también el patrón de higiene en los pacientes ingresados, siendo las necesidades actuales diferentes a las de hace unas décadas.

Sin pretensiones de exhaustividad y de forma esquemática, se pueden describir que en la actualidad condicionan los procedimientos de higiene en los centros asistenciales, el mayor

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 162 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

nivel de higiene en la población implica menor dependencia para realizar las actividades de higiene en los pacientes no incapacitados por la enfermedad de base o por el tratamiento a que son sometidos en el hospital.

La cultura los preconceptos, los hábitos propios hacen del momento de higiene un momento íntimo. el hecho de tener que recibir ayuda para realizarlos produce un gran impacto en la vida de toda persona y el personal que lo realiza debe tener claro que este procedimiento no solo implica llevar a cabo técnicas específicas sino que también implica introducirse en la parte más íntima de la vida diaria de una persona, situación que hace que el que realiza las técnicas deba tener en cuenta también los deseos(si es posible que el paciente los exprese)de la persona que los recibe siempre que se pueda el acto de realizar la higiene debe ser interactivo para lograr así que el paciente sea participe de su propio cuidado en la medida que esto sea posible.

COMPLICACIONES



- Disminución de la temperatura corporal por baños prolongados.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Enseñar sobre cómo realizar la técnica de baño, garantizando la privacidad del usuario y evitado disminución de la temperatura corporal.

BIBLIOGRAFÍA



- <http://generacionenfermeria.blogspot.com/2010/09/protocolo-de-higiene-y-confort-en-el.html>

ANEXOS



5. LISTA DE CHEQUEO PARA AHDERENCIA AL PROTOOLO DE HIGIENE Y

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 163 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

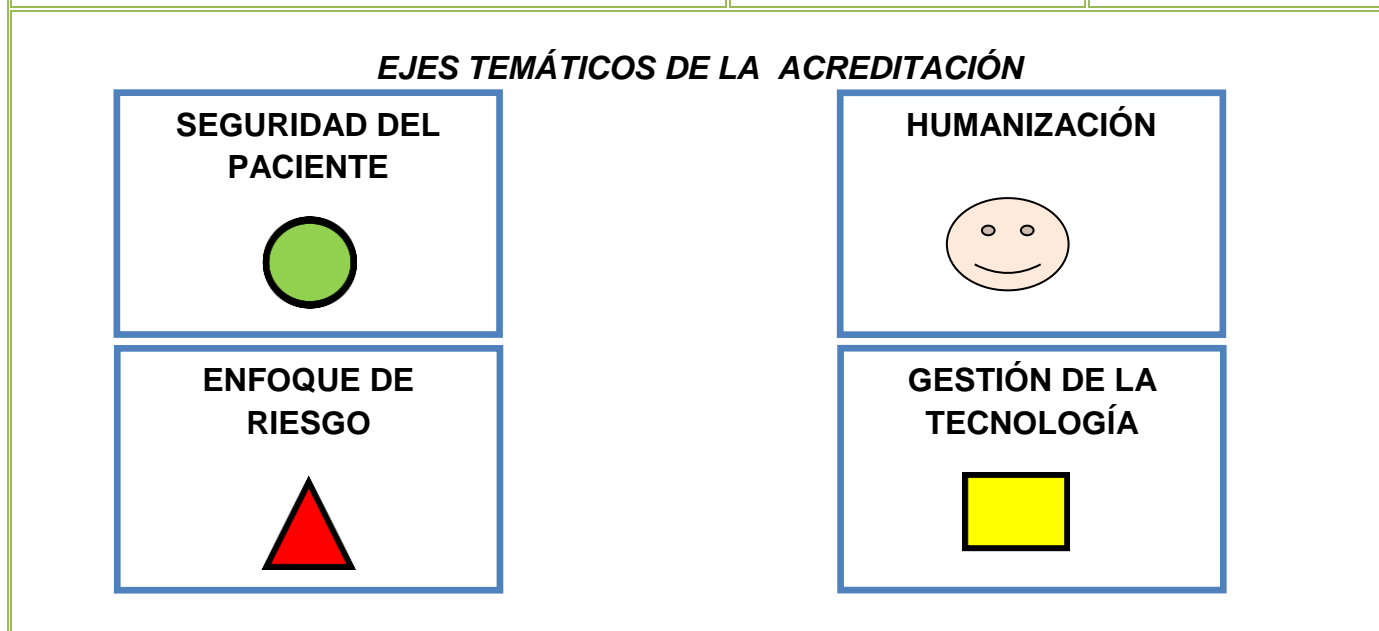
CONFORT EN EL PACIENTE

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Realiza lavado de manos según protocolo				
Explica el procedimiento				
Ubica la paciente en la posición adecuada preservando su intimidad				
Realiza el baño en cama, lavado de cabello, higiene bucal o acompañamiento a la ducha según protocolo				
Enseña al el paciente signos de alarma, y cuidados para prevenir complicaciones				
Registra hallazgos en la historia clínica y remite según necesidad				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 164 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO EGRESO DEL PACIENTE</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-015
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“La eternidad está en nuestras manos. Vive de tal manera que, cuando te vayas, mucho de ti quede aún en aquellos que tuvieron la buenaventura de encontrarte”</i> <i>Anónimo</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 165 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	
-----------------------------	---

No se presentaron conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN	
---------------------	---

Dar al paciente y a sus familiares las instrucciones respecto a su estado actual, convalecencia, Tratamiento y control médico periódico.

Facilitar al paciente y a sus familiares los trámites relacionados con la salida del hospital para su Domicilio o remisión a otra entidad y el pago de la cuenta.

Dar a los familiares apoyo cuando se ha presentado el deceso y facilitar los trámites relacionados con la salida del hospital y el pago de la cuenta.

DEFINICIÓN	
-------------------	---

Conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales sanitarios si fuera necesario.


Alta Voluntaria

Conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir el tratamiento prescrito, en contra de la opinión del médico tratante.

Alta por Defunción

Conjunto de actividades que se realizan tras el fallecimiento del paciente.

OBJETIVOS	
------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 166 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Proporcionar los conocimientos necesarios para reincorporar al paciente a su medio habitual, aportándole las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación clínica legal pertinente para su salida del centro.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Servicios asistenciales de Redsalud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Usuarios de Red Salud Armenia E.S.E que requieran la atención.

PERSONAL QUE INTERVIENE



Es responsabilidad de todas las personas que prestan atención en enfermería brindar la atención necesaria para el egreso del paciente de manera oportuna y eficaz.

De las áreas de facturación hacer los trámites necesarios para el egreso del paciente, Atención al usuario y trabajo social velaran porque la documentación necesaria este al día.

MATERIALES Y EQUIPO



- Orden médica de salida.
- Fotocopia de carné de seguridad social vigente.
- Fotocopia de documento de identidad.
- Historia clínica completa.
- Epicrisis.
- Fórmula medica de salida.
- Orden de control por consulta externa.
- Hoja de recomendaciones de egreso.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 167 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Hoja de referencia y Contrarreferencia.
- Certificado de Nacido vivo o registro civil
- Certificado de defunción.
- Libro de Ingresos y egresos.
- Libro de traslado de Ambulancia.
- Libro de registro de Historia clínica

INDICACIONES



Todo paciente que se le genere egreso por cualquier motivo.

PROCEDIMIENTO



EGRESO POR ORDEN MEDICA

- Verifique orden médica de salida, Verifique elaboración de Epicrisis .si el paciente está siendo valorado por el SIAU avíseles para que ellos intensifiquen la búsqueda de hogar de paso, o el lugar que corresponda.
- Si el paciente egresa con oxígeno domiciliario: verifique que el oxígeno se encuentra disponible en el domicilio, cuenta con bala de oxígeno de transporte (con manómetro) de las instrucciones de manejo correcto del oxígeno en el domicilio.
- Pase la historia clínica a la auxiliar de enfermería encargada de PROCESO trazabilidad de la historia clínica quien revisara la historia clínica y dará el visto bueno a la pre factura.
- Notifique y lleve al punto de facturación del servicio, historia clínica completa.
- Avise al familiar para que se acerque al punto de facturación.
- Revise la boleta de salida emitida por la oficina de facturación: Nombre y fecha de expedición. Coloque firma y sello de recibido.
- Entregue fórmula de salida. Indique la forma correcta de tomar los medicamentos ordenados, como y donde reclamarlos.
- De instrucciones al paciente y a la familia. Lea junto con el paciente o familiar las recomendaciones de egreso, verifique que comprendió la información mediante el método de repetir lo aprendido.
- Indíquele como solicitar la cita de control. Deje Constancia en la historia clínica de los documentos entregados al paciente y /o familiar.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 168 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Facilite el arreglo personal del paciente según sus condiciones
- Si es menor de edad debe ir acompañado de la mamá o el papá; solicite fotocopia de la cedula o documento de identidad de mamá o papá, huella, firma en la historia clínica, Notas de Enfermería fecha y hora en que se da egreso al paciente menor.
- Si este paciente se encuentra bajo la custodia del INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR, registre el nombre del funcionario de Trabajo Social que retira al paciente de la institución. De igual manera los documentos que le fueron entregados.
- Si el paciente egresa en compañía de trabajadora social, registre nombre de la trabajadora social que lo traslada y las condiciones en que lo hace.
- Si es un neonato que no alcanzó a ser vacunado, informe a los padres que deben venir al día siguiente a la institución, proceda a solicitar firma de quien recibió la información.
- Si es un neonato, verifique la identificación de la marquilla del recién nacido.
- Si es un neonato proceda a entregar el original del Certificado de Nacido Vivo, previa verificación por parte de los padres, de los datos allí consignados.
- En caso de alguna inconsistencia solicite al médico de turno su corrección.
- Registro civil (si fue registrado). Archive en el lugar designado la copia y relacione en libro de Entrega de Historias Clínicas a Estadística, teniendo en cuenta los siguientes ítems: Fecha, Nombre, N° de Historia Clínica, N° del certificado de Nacido Vivo y Firma del personal de Estadística que recibe la historia y el certificado de nacido vivo.
- Entregue la historia clínica organizada, al funcionario de estadística. Previo. Diligenciamiento del libro de Entrega de historias clínicas. Diligencie Libro de Ingresos y Egresos que contenga: N° de consecutivo, Nombre, N° de Historia clínica, sexo, peso, diagnóstico, fecha de Ingreso y fecha de Egreso, Médico que autoriza el egreso, destino y Nombre del Auxiliar que realiza el registro.

ALTA VOLUNTARIA

- Conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir el tratamiento prescrito, en contra de la opinión médica.

Documentos

- Avisar al médico y a la jefe de turno correspondiente.
- Comprobar que el paciente o representante legal ha firmado el retiro voluntario
- Adjuntar una copia a la historia clínica.
- Administrar los cuidados que precise hasta su marcha de la Unidad.

EGRESO POR DEFUNCIÓN

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 169 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

DOCUMENTOS

- Dictamen de fallecimiento.
- Epicrisis totalmente diligenciada y firmada.
- Certificado de defunción
- Orden de Necropsia Médica o legal si se requiere (muerte violenta) o que no se conozca el motivo o simplemente no sea claro para la parte médica y legal.
- Factura o boleta de salida emitida por la oficina de facturación.

ARREGLO DEL CADÁVER:

- Una vez confirmada la muerte por el médico, elabore registros.
- Si la causa de la muerte fue un acto violento llamar URI para iniciar el trámite ante medicina legal.
- Entregue al servicio de urgencias los objetos que se constituyan en evidencia para que ingresen a la cadena de custodia.
- Avise a la familia vía telefónica que es solicitada en la institución.
- Deje constancia en los registros de Notas de Enfermería
- Evite hacer comentarios acerca de su fallecimiento
- Traiga el equipo a la unidad.
- Colóquese los guantes
- Si el paciente tiene sondas, cánulas de oxígeno, venoclisis y otros, retírelos, evite puncionarse.
- Cierre los ojos bajando los párpados y sosténgalos un rato con los dedos pulgar y mediano o colocando una torunda húmeda sobre ellos.
- Estire los miembros dejando el cadáver en posición supina y cúbralo.
- Déjelo solamente la sobre sábana y la colcha para cubrirlo.
- Coloque la dentadura postiza si es el caso, lave la cara, tapone nariz y boca si es necesario teniendo en cuenta de no desfigurar la cara ni dejar algodones visibles, Tapone oídos, vagina y ano para evitar salida de fluidos, si tiene heridas con salida de fluidos cúbralas con apósitos.
- Arregle el cabello.
- Haga aseo necesario al cadáver.
- Es el cuidado final que se da al individuo que acaba de fallecer, este debe ser arreglado de forma pulcra y estéticamente el cadáver
- Cúbralo, marque en el pecho con nombre completo, Número de historia Clínica, fecha, hora de defunción y servicio.
- Certificado de Defunción (elementos personales en una bolsa verde, debidamente

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 170 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

marcada a la morgue o depósito de cadáveres.

- Reciba a los familiares facilite la comunicación con el médico de turno y luego de la información relacionada con el trámite a seguir.
- Reciba la orden de salida emitida por la oficina de facturación y verifique: Nombre y fecha de expedición, firme y selle.
- Envié a los familiares a la morgue para la entrega del cuerpo, de las pertenencias y el certificado de defunción, informe al jefe de la entrega del cadáver.

Registre en libro de salida del vigilante.

EGRESO POR REMISIÓN

DOCUMENTOS

- Orden de médica de salida firmada
- Epicrisis totalmente diligenciada y firmada
- Pre factura verificada por auxiliares de urgencias trazabilidad de la historia clínica
- Factura o boleta de salida correspondiente expedida por la oficina de facturación, verificando fecha y nombre del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Verifique orden médica de remisión
- Verifique formato de referencia y Contrarreferencia
- Informe al paciente y la familia.
- Verifique que lo hayan comentado
- Revise que tenga código, cual es y para que institución va remitido.
- Revise la pre factura
- Notas de enfermería,
- Solicite a la jefe la ambulancia para el traslado
- Avísele al auxiliar de la ambulancia que dispositivos necesita para el traslado y entréguele documentación completa(orden de referencia, laboratorios bien relacionados, controles, placas de Rx si tiene, hoja de tratamiento)

PRECAUCIONES



- Revisar la fórmula que las dosis de los medicamentos sean las adecuadas y además el entienda como se le va a suministrar, por cuanto tiempo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 171 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Vigilar que los trámites administrativos no demoren su egreso.
- Revisar el paciente a la salida no lleve catéteres colocados.
- Revisar la documentación que se entrega al paciente que si corresponda al usuario en cuestión.
- Revisar inventario del cuarto del paciente.

CONCLUSIONES



- El plan de alta debe estar basado en la investigación realizada durante la recolección de datos, y en datos
- Recolectados durante la internación, que incluyen las limitaciones del paciente, de la familia o de la persona de apoyo o del ambiente; también los recursos existentes deben ser investigados, ya que todos estos datos componen la implementación y la coordinación del plan de cuidados.
- La planificación del alta de forma inadecuada y el no seguimiento de las orientaciones dadas son apuntados como factores de re hospitalización de pacientes con enfermedades crónicas, lo que demuestra la importancia del plan de alta para la mejoría en la calidad de vida de esos pacientes.

COMPLICACIONES




- Salida del paciente con formula equivocada, mal dosificada.
- Salida con documentos mal elaborados o con datos incompletos.
- Paciente que sale sin las cita para control de su patología.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA






Educar a la familia como hacer el tratamiento a su paciente, enseñar horarios, alimentación, hábitos de vida de acuerdo a su enfermedad, apuntando hacia su recuperación en casa, de estos cuidados depende la disminución de reingreso del paciente en las primeras 48 horas y complicaciones prevenibles.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 172 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

BIBLIOGRAFÍA	  
---------------------	---

Guías de intervención de enfermería basadas en evidencia científica.


ANEXOS	  
---------------	---

- 1. LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 173 de 315

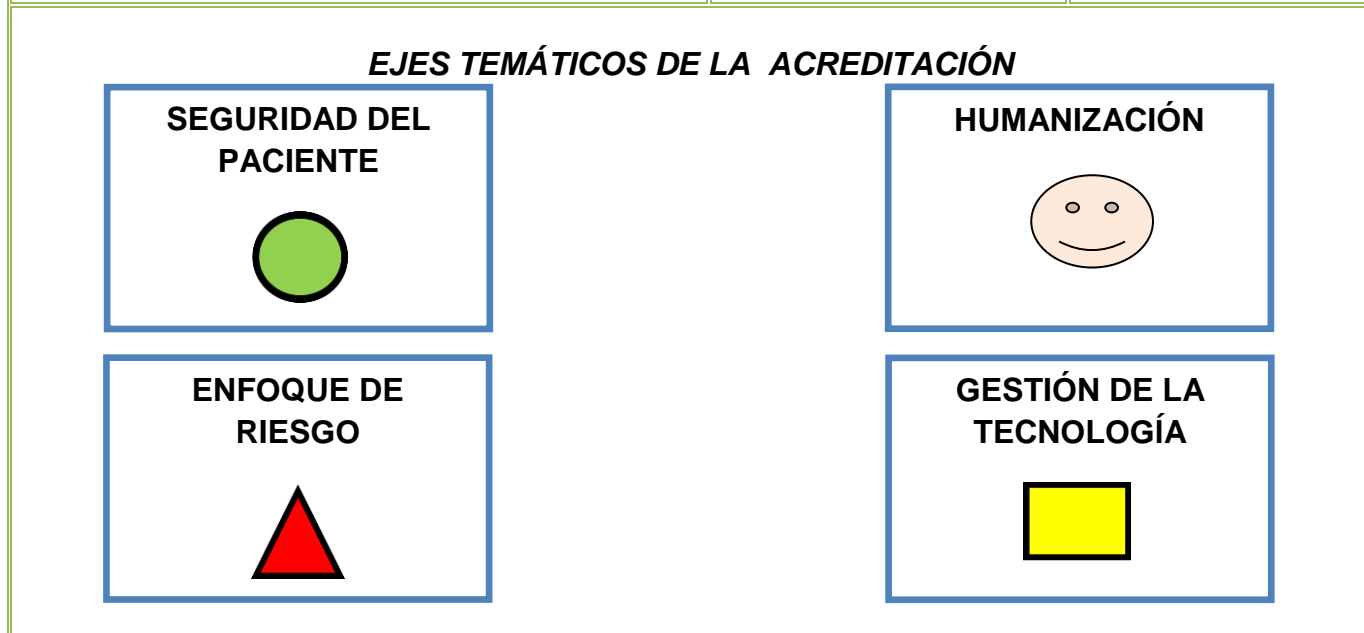
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

LISTA DE CHEQUEO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE			
Objetivo: Revisar objetivamente los cuidados básicos que se realizan en Red Salud Armenia E.S.E.			
Periodicidad: La que considere el jefe de cada área.			
Responsable: Jefe del servicio			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El paciente tiene orden de salida.			
Las formulas medica, indicaciones del paciente se las han explicado al paciente y la familia, las han entendido, les han dado por escrito indicaciones especiales.			
Tiene controles especiales, oxigenodependiente?			
La auxiliar de enfermería reviso la prefectura?			
Es un retiro voluntario, tiene el retiro firmado, especificado, por qué y en que condiciones se va?			
El paciente va remitido, lleva: placas, laboratorios, copias de EKG, hoja de medicamentos, fichas, exámenes especiales?			
Su paciente es recién nacido, le firmo el recibo de certificado de nacido vivo?			
El guarda de urgencias lo incluyo en el libro de egresos?			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 174 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO SUJECIÓN O INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA</h1>	UBICACIÓN:	URGENCIAS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-006
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Sé firme en tus actitudes y perseverante en tu ideal”</i> Anónimo	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Noviembre 2013		




	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 175 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflicto de intereses




INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

La presente guía tiene como propósito unificar criterios para realizar el procedimiento de sujeción o inmovilización terapéutica a pacientes que lo requieran sin vulnerar sus derechos y previniendo secuelas que puedan derivar de dicho procedimiento.

DEFINICIÓN	  
-------------------	--

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos parcial o total (tórax, muñecas y tobillos) de un paciente mediante un sistema de inmovilización física ante el fracaso de una contención verbal o química si procede y que tendrá como objeto el garantizar la seguridad del paciente (evitándole autolesiones, intento de autolisis, etc.); y de quienes les rodean (profesionales que le atienden, otros pacientes), impedir en el caso de que tenga, la manipulación de otras medidas como (vías, sondas, administración de medicación, conexión a aparatos...) que son probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica y otras situaciones médico quirúrgicas; y asimismo impedir fugas en el caso de pacientes que estén ingresados de forma involuntaria. En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.

Es conveniente explicar al paciente y también a la familia sobre los procedimientos de sujeción que se han realizado para evitar posibles equívocos sobre la violación de los derechos humanos del paciente, ofreciéndole la máxima seguridad y comodidad preservando su integridad física y la de los demás. El conocimiento de las técnicas y procedimientos que garanticen una correcta práctica hace que proporcionemos al paciente mayor seguridad.

OBJETIVOS	  
------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 176 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- La Seguridad del Paciente para evitar aquellos riesgos que pueden hacerse ellos, o que puedan producir a los demás y/o al entorno en cuadros de agitación, contusionales, agresividad, etc.
- Garantizar al paciente la instauración, evitar la interrupción y administración de todas aquellas medidas terapéuticas necesarias para su tratamiento y que debido a su estado temporal pueda poner en peligro, como es por ejemplo, el mantenimiento de vías, catéteres, administración de medicación, etc.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Red salud ESE en la presentación del servicio del área asistencial

POBLACIÓN OBJETO



Todo paciente que requiera inmovilización con el fin de prevenir eventos adversos.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



Juego de inmovilizadores

INDICACIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 177 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Paciente con conducta agresiva o violenta auto o hetero dirigida que resulta peligrosa para él, para los demás pacientes o para el personal hospitalario
- .Agitación que no se puede controlar con medicación.
- Pacientes que requieran hospitalización urgente y se nieguen a recibir atención
- Cuando presentan marcada inestabilidad para la marcha y tengan inquietud motora
- Cuadros confesionales “delirium”, La causa es orgánica que puede ser o no conocida.
- Riesgos de caídas
- Instauración, mantenimiento, administración, de medidas terapéuticas necesarias que estén interferidas por el estado mental del paciente (mantenimiento de catéteres, vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.

PROCEDIMIENTO



- En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario y evitando en todo momento actitudes de provocación.
- Encuentra al paciente agitado, distraer la atención del paciente, colocándonos a una distancia prudente e informándole que está perdiendo el control y que se le quiere ayudar, utilizando términos comprensivos pero firmes.
- Evitaremos un contacto visual fijo durante mucho tiempo pues se puede percibir como amenaza, pero tampoco rehusaremos este contacto visual.
- Utilizar un plan preestablecido entre el personal de la unidad, se despojan de todo objeto peligroso como gafas relojes, pulseras etc. Evitar público indicándoles que se alejen.
- Seremos respetuosos en cada momento aún en situaciones en donde se produzcan amenazas, insultos, etc. Tono de voz calmado y neutral.
- Dejaremos que hable el paciente pues debe sentirse escuchado.
- Evitaremos discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos.
- Ello podría producir riesgo de violencia.
- Utilizaremos un discurso empático: “comprendo que la situación lo haga estar nervioso” aunque ello no implica nuestra conformidad.
- Nos reservaremos los juicios propios, llamar telefónicamente a la portería (en caso de hospitalización-sala de partos) para que den aviso a los vigilantes y urgencias)
- Un funcionario de enfermería se encarga de preparar los medicamentos para sedar al paciente. El número de personas que intervendrá en la sujeción será mínimo de cuatro A la llegada de todo el personal se prepara para realizar inmovilización.
- Cuando el paciente está muy violento se utilizara una sábana para cubrir la cabeza, de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 178 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

inmediato cada funcionario sujetara cada una de las extremidades en la zona más distal sin olvidar contener codos y rodillas, colocándole los inmovilizadores, y pasándolo a la cama para asegurarlos. Aplicar la sedación intramuscular según orden médica. Registrar en las notas de enfermería la razón de la contención, su duración, y evolución mientras está sujeto.

PRECAUCIONES



- La actitud del personal debe ser con intención terapéutica nunca de castigo, esto quiere decir que el personal que interviene debe asumir una actitud profesional, no mostrara cólera, violencia ni burla; comportamiento enérgico pero amable, respetuoso, evitando golpearlo o someterlo a posturas humillantes.
- Preservar la intimidad y mantener la autoestima.
- Realizar comunicación verbal explicando porque se inmovilizo y cuando se retiraran los inmovilizadores.
- No retirar Las sujeciones cuando haya solo un funcionario.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para evitar que bronco aspire.
- Vigilar patrón respiratorio y otros signos vitales.
- Verificar periódicamente (mínimo cada dos horas) que los inmovilizadores no queden demasiado apretados para evitar laceraciones o edemas.
- Realizar cambios de posición según necesidad. Evitar posiciones inadecuadas y lesivas. (Lesión de nervio braquial). Brindar comodidad en sus necesidades físicas y de aseo
- En delirium es importante que el personal de enfermería sepa detectar indicios para su prevención así como adoptar medidas para evitarlo. Tal es el caso de mantener la orientación temperó espacial, estimulación del paciente, detectar precozmente déficits en la atención, desorientaciones, confabulaciones, etc.

CONCLUSIONES



Mantener la dignidad y la autoestima del paciente porque la pérdida de control y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para el paciente.

COMPLICACIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 179 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.
- Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte
 - ✚ Inmovilización de pacientes fumadores
 - ✚ Inmovilización en posición supina sin elevación que predispone al riesgo de bronco aspiración.
 - ✚ Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
 - ✚ Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
 - ✚ Inmovilización de pacientes con deformidades
 - ✚ Inmovilización de mujeres embarazadas

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Es conveniente explicar al paciente y también a la familia sobre los procedimientos de sujeción que se han realizado para evitar posibles equívocos sobre la violación de los derechos humanos del paciente, ofreciéndole la máxima seguridad y comodidad preservando su integridad física y la de los demás.

BIBLIOGRAFÍA




Guías de sujeción e inmovilización terapéutica adoptada hospital la victoria Colombia.

ANEXOS



LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE SUJECION O INMOVILIZACION

Objetivo:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 180 de 315

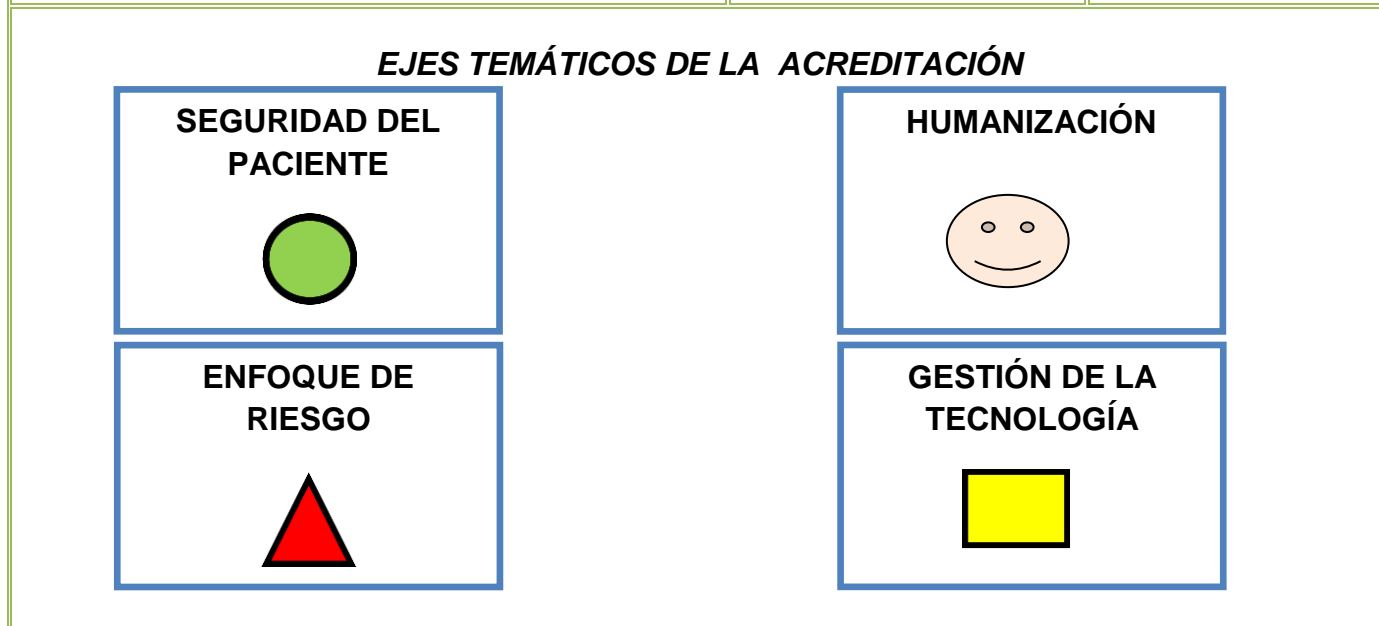
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


Periodicidad			
Responsable:			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Su actitud es tranquila frente al usuario, su voz es firme y respetuosa, no le genera más agresividad.			
Le genera un espacio seguro que no se lesione o lesione a otro.			
Le retiro todo objeto con lo que el se pueda lesionar.			
Retiro el público de su alrededor, solicito ayuda(urgencias, vigilante)			
Cuenta con el apoyo médico, le aplico medicación ordenada, vigile efectos del mismo, hace registros de enfermería.			
Recibió el apoyo solicitado para su seguridad.			
La inmovilización fue adecuada consiguió el objetivo.			
El paciente está tranquilo y su familia también			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 181 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO</h1> <h2>PASO DE SONDA VESICAL</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-003
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>Un gramo de bondad vale más que una tonelada de intelecto. Alejandro jodoroswsky</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 182 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS



Los autores de este protocolo declaran que no tienen ningún conflicto respecto a la elaboración de este protocolo

INTRODUCCIÓN



El sondaje urinario consiste en la introducción de una sonda a través del uréter hacia La vejiga urinaria. Es realizado frecuentemente en los servicios hospitalarios, Es un procedimiento invasivo en el que existe el riesgo de introducción de microorganismos patógenos a la vejiga, la mayoría de infecciones urinarias están asociadas con el manejo de las vías urinarias, el riesgo de adquirirlas aumentan con los siguientes factores: edad avanzada enfermedad debilitante, pos parto entre otras...”


Los mecanismos de contagio más comunes se dan por la transmisión cruzada, por el manejo inadecuado de la sonda, de hábitos de higiene, lavado de manos, técnicas de asepsia y antisepsia y el tiempo de prolongación de la sonda.

En aras de estandarizar la realización de los procedimientos que se llevan a cabo en cada uno de los servicios de la E.S.E. red salud y acatando las reglamentaciones exigidas por el ministerio de protección social en las cuales reglamenta y normaliza las instituciones prestadoras de salud de todo el país a través de la legislación y en la puesta en prácticas seguras por las cuales se pretende (detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.) y llegar así a un proceso asistencial seguro.

DEFINICIÓN



Es la introducción aséptica de una sonda (que puede ser de silicona o de látex, las más utilizadas actualmente en las instituciones son la Nelatón y Foley) a través del conducto uretral hasta la vejiga con el fin de establecer una vía de drenaje hacia el exterior, las sondas vienen de diferente calibre, la edad y características anatómicas del paciente, tienen 1, 2 o 3 canales, la de una vía se utiliza para cateterismos intermitentes y viene sin balón, la de 2 vías con balón para fijar la sonda, se utiliza para sondaje permanente y la de 3 vías para irrigación de la vejiga con solución estéril en post operatorios de cirugías urológicas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 183 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

GLOSARIO

Nelatón (de Cloruro de Polivinilo): Es la llamada sonda universal, es la más simple. Se la utiliza para sondajes únicos o intermitentes, para extraer orina en caso de retención urinaria, realizar lavados vesicales en caso de infección, vejigas paralíticas, con fines diagnóstico, tomar muestras estériles y pacientes sin control de esfínter vesical.

Foley(látex): Es la sonda que posee un balón, un conducto fino y una válvula que permite inflar este balón y hacer de auto contención en la vejiga. Es la más empleada en la cuando se desea dejarla por un tiempo prolongado.

Existen dos tipos de sondas Foley:

De dos vía o una corriente. Una vía permite la comunicación con la vejiga para extraer o administrar y la otra vía se utiliza para inflar el balón.

De tres vía o de doble corriente. A la anterior se agrega una tercera vía que permite efectuar una irrigación continua y evitar que la sangre coagule y obstruya la sonda. Para administrar medicamentos en casos de infección urinaria o en caso de hematuria.

Según el tiempo de permanencia del catéter:

Sondaje intermitente (ya sea único o repetido en el tiempo). Después de realizar el sondaje, se retira el catéter. Su objeto es el drenaje de orina con fines diagnósticos o terapéuticos y se realiza cada vez que sea necesario. Es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que producen incontinencia por el mal vaciado de la vejiga


Sondaje Temporal: Después de realizar el sondaje el paciente permanece un tiempo definido con el catéter, según prescripción médica. Sus objetivos son: vaciado de la vejiga en caso de retención de orina; obtención de una muestra de orina estéril; Determinación de la cantidad de orina residual después de una micción

Sondaje Permanente: Después de realizar el cateterismo, el paciente permanece indefinidamente con el catéter (con los recambios necesarios). Sus objetivos son: Control de diuresis; Cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía; prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga, proporción de una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: En el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30: Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

En mujeres CH 14 y 16

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 184 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

En Varones CH 16-18-20-22

Parafimosis: es un prepucio que cubre al glande con un orificio pequeño, que se retrajo por detrás del glande (a la fuerza) y que forma un anillo que estrangula, por lo que favorece el edema (inflamación) del glande, que lo puede llevar a la isquemia (falta de circulación) o problemas más serios, regularmente causa dolor y se debe de tratar de urgencia su resolución.

Infección urinaria: se define como la presencia de síntomas y signos sugerentes asociado a invasión y multiplicación en la vía urinaria de organismos patógenos (especialmente bacterias). Estos microorganismos provienen mayormente de la región perineal (vía ascendente), aunque existen otras vías de infección menos frecuentes como la vía sistémica (hematógena) y la vía directa (cirugías urológicas, traumas abdominales).

OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

Unificar y garantizar la calidad del procedimiento para el paso de sonda vesical en las áreas asistenciales de Red Salud Armenia E.S.E.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir el procedimiento según revisión literaria.
- Realizar procedimiento de paso de sonda vesical por el profesional de enfermería según lo establecido en el protocolo.
- Delegar el procedimiento si es necesario a personal auxiliar de enfermería capacitado.
- Disminución de infecciones intra-hospitalarias del tracto urinario asociada a paso de sonda vesical.
- Disminuir la variabilidad de la práctica del procedimiento de paso de sonda vesical en la institución.
- Garantizar los derechos de los usuarios en cuanto a seguridad, intimidad y confort.
- Utilizar los materiales disponibles en la institución en la realización del procedimiento de paso de sonda vesical.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

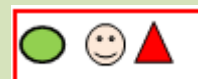


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 185 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Este protocolo se establece para unificar las prácticas asistenciales del procedimiento de paso de sonda vesical en los profesionales y técnicos de enfermería, el cual será utilizado en los servicios de urgencias, hospitalización, sala de partos, cirugía y consulta externa de Red Salud Armenia. E.S.E.

POBLACIÓN OBJETO



Todos los usuarios que ingresen a los servicios asistenciales prestados por la E.S.E Red Salud Armenia que mediante un diagnóstico médico se determine la necesidad del paso de una sonda vesical como medio de diagnóstico, o manejo terapéutico.

PERSONAL QUE INTERVIENE



ENFERMERA:

- Realiza el procedimiento de paso o retiro de sonda vesical.
- Delega el procedimiento de paso o retiro de sonda vesical al personal auxiliar de enfermería capacitado previamente.
- Supervisa el procedimiento de paso o retiro de sonda vesical.
- Planifica los cuidados de enfermería con respecto al cuidado y manejo de la sonda vesical
- Ejecuta y supervisa los cuidados con respecto a la sonda vesical.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

- Realiza el procedimiento de paso o retiro de sonda vesical por orden médica o por delegación de la enfermera profesional.
- Realiza los cuidados de enfermería para sonda vesical establecidos en el protocolo.

MATERIALES Y EQUIPO



Bandeja con:

- 1 sonda Foley o Nelatón estéril
- bolsa de recolección estéril con tubo conector(cistoflo)

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 186 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- solución salina 0.9%
- Frasco con jabón(solución yodada)
- Lubricante(lidocaína gel)
- Riñonera
- 2 jeringa de 10 cc.
- Micropore o esparadrapo
- 1par de guantes limpios
- 1 par de guantes estériles
- Agua destilada(llenar balón de la sonda Foley)
- Gasas estériles.
- Pato
- Bolsa de desechos.
- Marcador permanente.

INDICACIONES



1. Aliviar la incomodidad debida a la distensión vesical producida por la retención urinaria
2. Obtener una muestra de orina estéril para exámenes especializados.
3. Evaluar la cantidad de orina residual si la vejiga se vacía de forma incompleta.
4. Facilitar la medición exacta de la eliminación urinaria en pacientes cuya producción de orina debe ser controlada.
5. Vaciar la vejiga por completo antes de una intervención quirúrgica.
6. Mantener zonas adyacentes secas en situaciones especiales como escaras, úlceras, dermatitis en región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

Contraindicaciones

- Prostatitis Aguda Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales

PROCEDIMIENTO



Valoración del paciente.


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 187 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Identificar si es el paciente correcto, interrogando sobre nombres y apellidos, comparándolos con los datos de la historia clínica.
- El profesional y técnico en enfermería se deben presentar al paciente y a la familia, saludarlos cordialmente, informando claramente sobre el procedimiento que se le va a realizar al usuario, respetando sus costumbres y creencias en la toma de decisiones sobre la autorización en la ejecución del procedimiento.
- Se debe revisar los antecedentes que puedan condicionar el procedimiento (adenoma de próstata, estenosis de uretra, cateterismos traumáticos) previos en la historia clínica del usuario y confirmarlos con la entrevista con el paciente y la familia. Se debe seleccionar la sonda adecuada según el procedimiento, sexo, edad y características anatómicas del usuario, esto permite minimizar las complicaciones que se pueden presentar por la realización del procedimiento. Las sondas de menor calibre disminuyen las posibilidades de traumatismos uretrales, irritación de la mucosa, disminuyendo los riesgos de infecciones urinarias asociadas al paso de sonda vesical; en pacientes post cirugías urológicas se recomienda la utilización de sondas de mayor calibre para facilitar la evacuación de los coágulos sanguíneos.
- Evalúe las condiciones generales del paciente, si es capaz de colaborar, colocarse en decúbito supino y de abrir por si solo(a) las piernas.
- Evalúe realizando palpación del hipogastrio y región pélvica si la vejiga esta distendida.
- Disponga del tiempo necesario para realizar el procedimiento como mínimo 15 minutos

PASO DE SONDA VESICAL EN EL HOMBRE.

- Proporcione comodidad y privacidad al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas levemente separadas.
- El personal de enfermería que va a realizar el procedimiento debe utilizar todas las medidas de bioseguridad y técnica de lavado de manos clínico dispuesto en los protocolos institucionales.
- Colocación de guantes no estériles.
- Colocar debajo de los glúteos pato para iniciar limpieza de los genitales
- Sostener el pene y retraer el prepucio y con la mano no dominante limpiar el glande con gasas empapadas de isodine, con movimientos circulares desde el meato hasta la base del pene.
- Enjuagar genitales con solución salina al 9% o agua estéril.
- Secado de la zona con gasa estéril.
- Cubrir el glande con gasa estéril mientras se hace cambio de guantes.
- Solicitar al técnico de enfermería abrir los paquetes para que el profesional de enfermería realice la técnica estéril.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 188 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Higienización de manos con solución alcohólica.
- Colocar guantes estériles.
- Solicitar sonda al técnico de enfermería.
- Manipulación de la sonda vesical con técnica aséptica.
- Insuflar 5 cc de aire con la jeringa para ensayar que el balón de fijación de la sonda Foley este intacto, el técnico sostendrá la sonda con la bolsa de protección puesta y el enfermero profesional sostendrá la terminación de la sonda.
- Enrollar la sonda Foley en la mano dominante.
- Solicitar al técnico de enfermería aplicar xilocaina gel en la mano no dominante y lubricar entre 15 y 17.5 centímetros de la sonda vesical. (transuretral especialmente en aquellos pacientes que tienen dificultades al visualizar la uretra); en este caso específico solo lo hará el / la profesional de enfermería de turno, y hará nota de enfermería respecto del procedimiento.
- Sujetar con gasa estéril el glande con la mano no dominante en un ángulo de 90 grados.
- Solicitar al técnico de enfermería aplicar xilocaina gel en el meato urinario.
- Pedir al paciente que respire despacio y profundamente, retraer el prepucio e inserte la sonda cuando el paciente espire, es normal una ligera resistencia cuando la sonda pasa por los esfínteres. Si es necesario doble la sonda o ejerza presión en ella hasta que el esfínter se relaje.
- Introducir la sonda suavemente hasta que salga orina, seguir introduciéndola hasta el embudo colector o la y de la sonda vesical.
- Inflar el balón con 10 cc de agua destilada o según recomendación del fabricante.
- Traccionar la sonda suavemente hasta que note un punto de resistencia o para verificar anclaje.
- Conectar la sonda al cistoflo, se debe verificar que el embudo colector entre totalmente en el sistema colector, para evitar filtraciones de orina.
- Limpiar el glande de residuos con gasa estéril.
- Regresar el prepucio a su posición para evitar la parafimosis.(el prepucio no vuelve a su posición normal)
- Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción de la uretra.
- Fijar la bolsa colectora con el gancho a la cama.
- Dejar el sistema colector abierto para drenaje normal de orina.
- Coloque el paciente en una posición cómoda.
- Retire los elementos utilizados y realizar disposición de desechos según protocolo institucional.
- Lavado de manos, según protocolo del hospital, tras la finalización de la técnica.
- Registre el procedimiento del paso de sonda en nota de enfermería realizada por el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 189 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

profesional o técnico entrenado.

- Dar recomendaciones para el manejo de la sonda vesical por parte del paciente y familia.

PASO DE SONDA VESICAL EN MUJERES

- Proporcione comodidad y privacidad al paciente.
- Colocar a la paciente en decúbito supino con las piernas separadas, flexionadas y rotadas hacia afuera.
- El personal de enfermería que va a realizar el procedimiento debe utilizar todas las medidas de bioseguridad y técnica de lavado de manos clínico dispuesto en los protocolos institucionales.
- Colocación de guantes no estériles.
- Colocar debajo de los glúteos plato para iniciar limpieza de los genitales.
- Utilice la mano no dominante para separar los labios, con la mano dominante limpie con una gasa estéril empapada de isodine un lado de los labios mayores en una sola dirección, desde arriba hacia abajo, utilice una nueva gasa estéril para el otro lado; utilice el mismo procedimiento para los labios menores y la última gasa para limpiar directamente el meato.
- Enjuagar genitales con solución salina al 9% o agua estéril.
- Secado de la zona con gasa estéril.
- Solicitar al técnico de enfermería abrir los paquetes para que el profesional de enfermería realice la técnica estéril.
- Higienización de manos con solución alcohólica.
- Colocar guantes estériles.
- Solicitar sonda al técnico de enfermería.
- Manipulación de la sonda vesical con técnica aséptica.
- Insuflar 5 cc de aire con la jeringa para ensayar que el balón de fijación de la sonda Foley este intacto, el técnico sostendrá la sonda con la bolsa de protección puesta y el enfermero profesional sostendrá la terminación de la sonda.
- Enrollar la sonda vesical en la mano dominante.
- Solicitar al técnico de enfermería aplicar xilocaina gel en la mano no dominante y lubricar 8 centímetros de la sonda vesical.
- Separar con la mano no dominante los labios mayores.
- Verificar el meato urinario antes de insertar la sonda Foley.
- Pedir a la paciente que respire despacio y profundamente, inserte la sonda cuando la paciente espire, es normal una ligera resistencia cuando la sonda pasa por los esfínteres.- si es necesario doble la sonda o ejerza presión en ella hasta que el esfínter se relaje.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 190 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Introducir la sonda Foley suavemente hasta que salga orina, introducirla 8 centímetros más para facilitar la fijación de la sonda Foley a la vejiga.
- Realizar un seguimiento posterior al procedimiento para determinar que no surgieron complicaciones a raíz de este.
- Si al momento de realizar el procedimiento se percibe alguna resistencia u obstrucción avisar al médico para determinar la conducta a seguir.
- Cuando existe una retención urinaria y se pretende descomprimir la vejiga el vaciado no debe realizarse de forma brusca, y no extraer más de 600 ml. de orina continuamente en adultos. Para evitar daño en la microvasculatura de la vejiga.
- Utilizar la técnica aséptica, si se precisa hacer lavados por obstrucción de la sonda o cambios del sistema de drenaje.
- Lavado de manos antes y después de manejar la sonda y el sistema.
- Limpieza adecuada de la zona perineal según el caso.
- Sugerir al paciente aumentar la ingestión de líquidos para mantener la permeabilidad de la sonda.
- Anotar la fecha de instalación de la sonda
- Si al momento de realizar el procedimiento se percibe alguna resistencia u obstrucción avisar al médico para determinar la conducta a seguir.
- Cuando existe una retención urinaria y se pretende descomprimir la vejiga el vaciado no debe realizarse de forma brusca, y no extraer más de 600 ml. de orina continuamente en adultos. Para evitar daño en la microvasculatura de la vejiga.
- Utilizar la técnica aséptica, si se precisa hacer lavados por obstrucción de la sonda o cambios del sistema de drenaje.
- Lavado de manos antes y después de manejar la sonda y el sistema.
- Limpieza adecuada de la zona perineal según el caso.
- Sugerir al paciente aumentar la ingestión de líquidos para mantener la permeabilidad de la sonda.
- Anotar la fecha de instalación de la sonda.
- Fijar la sonda en mujeres en la cara interna del muslo, en los hombres en la cara anterior o posterior del muslo.
- Revisar que la fijación de la sonda no afecte la movilización del paciente.
- Revisar que no exista tracción de la sonda.
- Revisar la conexión de la sonda al sistema colector.
- Realizar registro del procedimiento en la nota de enfermería, describiendo detalladamente cada paso ya sea por primera vez o por cambio de sonda.

CATETERISMO VESICAL EN PEDIATRÍA

- Indicaciones: Este procedimiento se realiza cuando por algún motivo se hace imposible

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 191 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

la toma de la muestra de orina con bolsa recolectora de orina en el recién nacido o por indicación médica para asegurar la confiabilidad del resultado.

- Para monitorear la producción urinaria, para aliviar la retención urinaria o para instilar un medio de contraste con el fin de obtener un de vaciado para determinar un residuo de la vejiga.


Equipo:

- Sonda de Nelatón 4, 5 ó 6 Fr
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Isodine espuma y Solución
- Solución Salina
- Campos estériles
- Bolsa recolectora estéril
- Tapabocas
- Tamaño del catéter vesical recomendado para niños

	Niñas (french)	Niñas (french)
RECIÉN NACIDO	3	3-5
1-2	5	5-8
3-5	8	8
6-10	8-10	8-10
11-12	10-12	12
MAYOR DE 13 AÑOS	12	12-14

PROCEDIMIENTO: Básicamente el mismo que en adultos teniendo en cuenta algunas diferencias entre el cateterismo masculino y el femenino.

- En las niñas, el orificio uretral es inmediatamente anterior al orificio vaginal, sin embargo, se puede cometer el error de introducir la sonda en la vagina, en vez de en el orificio uretral. En tal caso, se debe cambiar la sonda y empezar de nuevo el procedimiento.
- También hay que tener en cuenta la longitud de la uretra; la uretra femenina es más corta por lo que solo se precisan algunos centímetros de avance para alcanzar la vejiga.
- En los niños, insertar algunos centímetros más que la longitud del cuerpo del pene.
- En el niño es importante, que al principio el pene esté en posición vertical, cuando se hayan introducido unos 4 cms, se hará descender el pene para que pase bien la sonda por la próstata.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 192 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS

La cateterización de la vejiga es una opción aceptable a la aspiración supra púbrica, pero no es el primer método a elegir.

En Varones:

- Colóquese al neonato en posición supina con abducción de los muslos (posición de ancas de rana)
- Límpiase el pene con una solución de yodo empezando con el meato, moviéndose en dirección proximal
- Colóquese guantes estériles y cubra el área con campos estériles
- Lubrique la punta de la sonda con solución salina
- Sostener el pene en posición perpendicular con respecto al cuerpo para enderezar la uretra y evitar un pasaje falso.
- Deslizar la sonda lentamente hasta que aparezca la orina.
- Nunca se debe forzar la sonda Recolectar la muestra de orina
- Si la sonda debe permanecer en su lugar, algunos médicos recomiendan adherirse al abdomen inferior en lugar de la pierna en los niños, para ayudar a disminuir la formación de estenosis provocada por la presión sobre la uretra posterior

En Niñas:

- Colocar al neonato en posición supina con abducción de los muslos (posición ancas de rana) Se separan los labios y se limpia el área alrededor del meato con solución de yodo.
- Utilizar movimientos de dirección anterior posterior para evitar la contaminación fecal.
- Colocar guantes estériles y cubrir con campos estériles alrededor de los labios
- Separar los labios con los dedos para observar los puntos utilizados en la cateterización de la vejiga en mujeres
- Lubricar la sonda con solución salina, introducirla hacia la uretra hasta que aparezca la orina.
- Adherir la zona a la pierna si debe permanecer en posición, usando esparadrapo antialérgico.

PRECAUCIONES



❖ HUMANIZACIÓN.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 193 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- ✓ Dar información clara y sencilla al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar, resolviendo sus inquietudes y dudas.
- ✓ Durante la realización del procedimiento establecer una comunicación asertiva que permita la empatía entre el usuario y el profesional, con el objetivo de generar tranquilidad en el paciente para facilitar la ejecución del procedimiento.
- ✓ Solo estará el personal necesario para la realización del procedimiento, o se aceptara la presencia de profesionales en formación si con anticipación se le ha pedido consentimiento al paciente.
- ✓ Luego de concluir el procedimiento agradecer al paciente por su colaboración.

❖ **GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.**

- ✓ Preparación previa de los materiales para realizar el procedimiento.
- ✓ Disponer una bata quirúrgica o desechable que le brinde comodidad al paciente.

❖ **ENFOQUE DE RIESGO.**

- ✓ Evitar dejar el paciente solo cuando este ya está listo para el procedimiento.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- ✓ Educación al personal en las técnicas correctas de inserción y cuidado del catéter
- ✓ Realizar el procedimiento únicamente cuando sea necesario
- ✓ Enfatizar el lavado de manos
- ✓ Inserción del catéter con técnica aséptica y equipo estéril
- ✓ Asegurarse de escoger el catéter apropiado según características del paciente
- ✓ Mantener estéril el sistema de drenaje cerrado
- ✓ Obtener muestras de orina en forma séptica
- ✓ Mantener el flujo de orina sin obstrucciones

Recomendaciones Importantes

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda
- Fijar el tubo de drenaje a la cara interior del muslo en la mujer permitiendo así la movilidad de la paciente.
- En el hombre, fijar en la región del hipogastrio de manera que el pene quede dirigido hacia el abdomen
- Lavar la sonda vesical cuando sea preciso para mantenerla permeable empleando siempre técnica aséptica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 194 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Indicar al paciente mantener la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones innecesarias de la sonda, siempre que se pueda utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter.
- Utilizar siempre la sonda adecuada; una sonda demasiado grande puede producir necrosis por presión del meato.
- Mantener limpia la zona perineal.

CONCLUSIONES



- La indicación y manejo apropiados del sondaje vesical puede reducir la incidencia de complicaciones.
- La estrategia más efectiva para reducir la infección urinaria asociada al sondaje es evitar los sondajes innecesarios y la pronta retirada del sondaje una vez pasada la indicación.

COMPLICACIONES




Bacteriuria e infección del tracto urinario.

La bacteriuria está presente en la mayoría de personas portadoras de sonda uretral de más de una semana de duración. Variando el ratio según el tipo de sonda y la duración del sondaje. La infección es introducida generalmente por dos vías: vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje, y la vía extraluminal, a través del “pasaje urinario”, el espacio existente entre la sonda y la uretra. Algunos autores señalan una tercera vía que concurriría en el momento del sondaje, mediante el arrastre hacia el interior de los microorganismos del extremo distal de la uretra. También existen factores intrínsecos, propios del paciente, que pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, Inmunodepresión, malformaciones, etc. Las infecciones recurrentes de orina como resultado del sondaje permanente de larga duración Pueden dar lugar a pielonefritis aguda o crónica, o a carcinoma de vejiga.

Perforación uretral (falsa vía).

Tras trauma uretral. La presencia de dolor y sangrado tras un intento de sondaje y como

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 195 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

consecuencia la imposibilidad de realizar el cateterismo, podemos sospechar de la existencia de una falsa vía. Si esta falsa vía se infecta, puede dar lugar a un absceso periuretral, más frecuente en pacientes con estenosis de uretra anterior, pudiendo también presentarse una infección de los tejidos blandos.

Fístula vesical. La presencia de aire o heces en la orina puede indicar la formación de una fistula. Complicación rara y relacionada con sondajes prolongados y factores de riesgo asociados (procesos malignos, radioterapia).

Perforación de la vejiga. Intra o extra peritoneal. Es una complicación rara y aparece asociada a sondajes permanentes prolongados.

Formación de cálculos en vejiga. Debido a la presencia de un cuerpo extraño o ciertos gérmenes (*Proteus mirabilis*). También puede estar relacionado con el tipo de catéter, aunque no hay datos que aconsejen el uso de un catéter determinado.

Ruptura y retención de fragmentos del balón de la sonda. Puede ocurrir la rotura espontánea del balón. En caso de producirse una salida de la sonda, debemos examinar la sonda y comprobar que el balón está intacto.

Retención urinaria por obstrucción de la sonda.

Estenosis uretral. Puede ocurrir principalmente en hombres tras repetidos traumas uretrales en sondajes intermitentes o permanentes de larga duración. La mayoría se han producido tras repetidos sondajes intermitentes de al menos 5 años de duración.

Hematuria ex vacuo. Puede darse tras el vaciado vesical en la retención aguda de orina, pero Raramente con afectación clínica.


Incontinencia. En sondajes de larga duración, relacionado con una disfunción del esfínter uretral.

En pediatría:

Las complicaciones de la cateterización vesical son raras en la edad pediátrica, principalmente porque estos pacientes son generalmente sanos. La gran mayoría de las complicaciones son cuando la sonda vesical se deja a permanencia.

Las principales complicaciones son:

- Trauma uretral o vesical
- Infección de las vías urinarias
- Parafimosis
- Hematuria

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 196 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Retención urinaria

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Se recomienda cambiar la sonda y la bolsa colectora cada 20 días para evitar infecciones.
- Informar al paciente sobre los signos de alarma como ardor, tenesmo, dolor abdominal, orina turbia, confusión.
- Incentivar al paciente a mantener una adecuada higiene genital.
- Mantener la bolsa de drenaje urinaria por debajo de la vejiga.
- Vacíe regularmente la bolsa de drenaje.
- Asegúrese que la sonda no esté acodado.
- Nunca traccione la sonda para evitar traumatismos

BIBLIOGRAFÍA



- Sánchez ancha, Yolanda; González Mesa, Francisco Javier; Molina Mérida, Olga Guil García, María. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>.
- Carme Albert Mallafré, Francisca Molina Pacheco, Luisa Rumí Belmonte, Sondaj vesical; España, actualización 26/10/2012, consulta 9 de abril del 2013, Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo141/capitulo141.htm>.
- Doctor Gustavo Malagón Londoño, M.D Carlos Arturo Alvares Moreno. Infecciones intra hospitalarias. 3 era edición. Pág. 661- 662 Bogotá-buenos aires –Caracas-Madrid- Porto alegre; editorial panamericana; 2010.
- Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa;
- Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al.
- Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Las casas, 2010
- The Joanna Briggs Institute 21 December 2007 [base de datos en Internet].

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 197 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


- Medlineplus.gov, Autocaterismo intermitente limpio [sede Web]. New York
- Coloplast – División de Incontinencia. Guía del sondaje vesical intermitente. Madrid
- Guías Hospitalarias Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

ANEXOS



1. LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PASO DE SONDA VESICAL

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/P	OBSERVACION
El equipo está de forma completo.				
Se explicó el procedimiento en forma clara y el da su consentimiento.				
La posición del paciente durante el procedimiento es correcta?				
Hombre: decúbito supino con las piernas levemente separadas.				
Mujer: posición ginecológica.				
Se guardó intimidad del paciente				
Realizo el lavado de manos y fricción con alcohol glicerinado en los 5 momentos de la atención.				
• Antes del contacto con el paciente				
• Antes de realizar un procedimiento aséptico				
• Después de la exposición a líquidos corporales o secreciones.				
• Después del contacto con el paciente.				
Después del contacto con el entorno del paciente.				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 198 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Hombre: realizo el baño genital con isodine, sostuvo el pene de manera firme, en ángulo de 90 ° bajando el prepucio, limpio el glande con movimientos circulares empezando desde el meato, desecho y cubrió el glande con gasa estéril mientras se hace cambio de guantes.				
Enjuago con solución salina 0.9 % o agua estéril,				
Mujer: Utiliza la mano no dominante para separar los labios, limpie con la mano dominante una gasa estéril empapada de isodine, inicio en un lado de los labios mayores en una sola dirección, desde arriba hacia abajo, utiliza una nueva gasa estéril para el otro lado; Realizo el mismo procedimiento para los labios menores y la última gasa para limpiar directamente el meato.				
Enjuaga genitales con solución salina al 9% o agua estéril.				
Realiza secado de la zona con gasa estéril.				
Realiza postura de guantes estériles correctamente.				
Realiza una revisión física para verificar que el paciente no tenga excoriaciones o secreción.				
Manipula sonda vesical con técnica aséptica.				
Realiza la prueba del balón, insuflando 5 cc de aire.				
Enrollar la sonda vesical en la mano dominante.				
Hace inserción de la sonda progresivamente y sin forzar.				



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1


Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 199 de 315

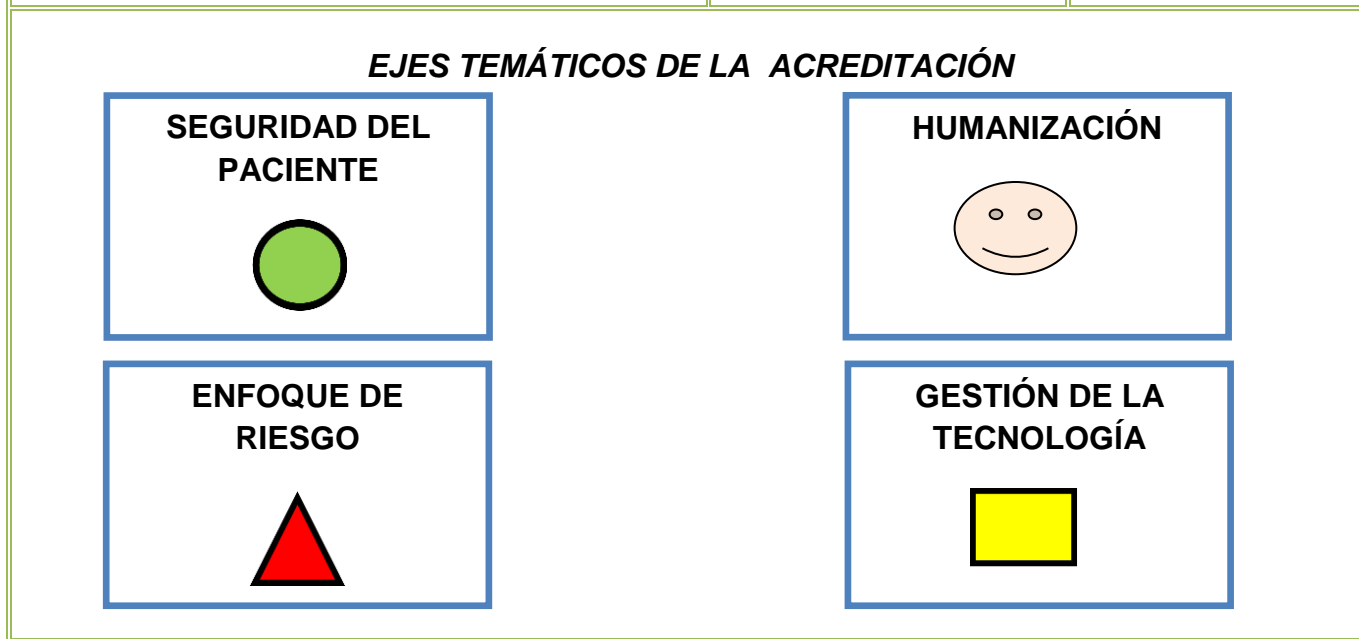
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Comprueba el retorno de orina.				
Infla el balón con 10 cc de agua destilada o según recomendación del fabricante.				
Tracciona la sonda suavemente hasta que nota un punto de resistencia para verificar anclaje				
Hombre: Limpiar el glande de residuos con gasa estéril.				
Regresar el prepucio a su posición para evitar la parafimosis.				
Fija la sonda en mujeres en la cara interna del muslo, en los hombres en la cara anterior o posterior del muslo.				
Fija la bolsa colectora con el gancho a la cama.				
Deja el sistema colector abierto para drenaje normal de orina.				
Realiza el marcado de la bolsa colectora correctamente.				
Coloca el paciente en una posición cómoda.				
Retira los elementos utilizados y realizar disposición de desechos adecuadamente.				
Realiza registro de enfermería especificando: características de la sonda, de la orina, si hubo o no complicaciones en el procedimiento, educación sobre manejo de la sonda al paciente y familia.				

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 200 de 315




Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO: ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE ENFERMERÍA</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIOS ASISTENCIALES
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-014
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>San Francisco de Asís: "Recuerda que cuando abandonas esta tierra, no podrás llevar contigo nada de lo que has recibido, solamente lo que has dado: un corazón enriquecido por el servicio honesto, el amor, el sacrificio y el valor.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		




	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 201 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

El recibo y entrega de turno es de gran importancia ya que se trasfiere la responsabilidad, clínica en la atención de enfermería, el cual la información sea justa, necesaria y suficiente para realizar una valoración visual cefalocaudal, planificando y priorizando las actividades y necesidades del usuario.

DEFINICIÓN	  
-------------------	--

Procedimiento por medio del cual se recibe y se entrega informe de cada uno de los usuarios: nombre, edad, diagnostico, evolución, signos vitales, tratamiento, actividades y exámenes realizados y/o pendientes, entidad promotora de salud (EPS) del cual pertenece el usuario, además recibo de los elementos existentes en el inventario del servicio de cada usuario.

OBJETIVOS	  
------------------	---

- Estandarizar el procedimiento de Entrega y Recibo de turno de enfermería, con el fin de verificar e informar los procedimientos realizados, pendientes, salidas y situaciones relevantes presentadas con los usuarios en los diferentes turnos realizados por el personal de enfermería de la unidad intermedia del Sur.
- Reportar el estado general del paciente.
- Realizar una observación completa y detallada al paciente para identificar necesidades.
- Verificar su estado actual y los cambios presentados durante el turno.
- Informar las actividades de enfermería, procedimientos médicos y exámenes de diagnóstico que se realizaron y/o pendientes.
- Elaborar el plan de cuidados de enfermería, integral de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Informar, verificar y entregar equipos asignados, reportando novedades como: daños,

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 202 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

pérdidas, préstamo, etc.)

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Con este protocolo se estable consolidar las prácticas de recibo y entre de turno en las áreas asistenciales del mismo hospital, con el fin de conocer detalladamente el estado de salud del usuario, así mismo dirigido al personal técnico y profesional de enfermería

POBLACIÓN OBJETO



Son aquellos usuarios que ingresen a los servicios asistenciales prestados por la E.S.E Red Salud Armenia, recibiendo y entregando turno detalladamente de cada usuario, ofreciendo un excelente servicio. BAJO EL CUIDADO

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Todo el personal auxiliar y de enfermería que labore en los diferentes servicio prestados por la ESE RED SALUD ARMENIA

MATERIALES Y EQUIPO



Kardex de enfermería, el cual contiene:

- Nombre, Edad, Diagnóstico médico, Tratamiento, Cuidados de enfermería, Evolución, Pendientes.
- Libreta y lapicero

INDICACIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 203 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Presentarse al usuario o familiar informando el rol que desempeña para tener una idea de quien lo asiste
- Tener una idea al inicio del turno, del estado de salud del usuario
- Dar continuidad al cuidado de enfermería, para mejorar la evolución del usuario
- Priorizar cuidados de enfermería específicos al usuario
- Vigilar estado del usuario: estado de conciencia, líquidos permeables, catéteres, sondas vesicales,
- Dar aviso, informar o entregar ordenes especiales: exámenes diagnósticos, remisiones, traslado

PROCEDIMIENTO






- Saludar al usuario o acudiente por su nombre
- Examen visual cefalocaudal, determinando estado de conciencia del usuario
- Escuchar atentamente quien realiza entrega y recibo de turno el cual contiene: Nombre, Edad
- Entidad promotora de salud (EPS), Diagnostico, Evolución del estado de salud del usuario, Exámenes diagnósticos del usuario, Novedades que presenta durante el turno y lo que quedara pendiente saluda , presenta al equipo de turno que entrega y recibe turno.
- Revisa cada uno de los usuarios confirmando identificación, con historia clínica, Kardex de enfermería, en unidad del usuario.
- Revisa equipos rotulados como: equipo de venoclisis, sonda vesical, catéter salinizado etc.
- Verifica administración de líquidos endovenosos, medicamentos especiales, signos vitales, control de glicemias, control neurológico.
- Informar y entregar ordenes pendientes como exámenes diagnósticos , traslados , remisiones, referencia-contr referencia
- Observa exhaustivamente a cada usuario para su posterior cuidado integral de enfermería priorizando las necesidades de cada patología
- Informar planes de cuidados de enfermería especiales PAE evolución de usuario también como eventos o incidentes que tengan que ver con la integridad del usuario así como el cumplimiento de las normas del servicio
- Unidad del servicio en orden limpia previa a asepsia
- Se le brinda educación a cada usuario sobre planes y cuidados básicos de su patología

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 204 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PRECAUCIONES




- Conocer detalladamente al usuario, para confirmar su estado: patología, evolución, tratamiento, cuidados de enfermería específicos, exámenes diagnóstico
- Evitar comentarios que pueda intranquilizarlo ya que puede alterar el estado emocional
- Aclarar las dudas que tenga relación con el estado del usuario

CONCLUSIONES


De una entrega y recibo de turno con calidad, depende la gestión y plan de manejo que se le puede ofrecer al paciente, con el fin de que presente una mejoría mas temprana

COMPLICACIONES

- Presencia de acciones inseguras
- Aumento de la estancia hospitalaria

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA





Explicar al usuario y al familiar la importancia de la entrega y recibo de turno, ya que se fundamenta en el cambio continuo, mejorando y evolucionando el estado del usuario, siendo la educación el arma fundamental para mantener el equilibrio biosicosocial, brindando informando sobre hábitos saludables.

BIBLIOGRAFÍA





- Sociedad medico quirúrgica la 100 s. A. Tema 301 guía entrega de ...Bogotá D.C Abril

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 205 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

2003


- <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1032007/EIReciboyEntraga3.htm>
- <http://www.frasescelebresde.com/frses-celebres--servicio-de-enfermeria/1/>

ANEXOS



6. LISTA DE CHEQUEO PARA ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
Ingresa temprano a recibir turno a la hora indicada (7 am – 13 pm – 19 pm)			
saluda , presenta al equipo de turno que entrega y recibe turno			
Saluda a cada usuario y/o acudiente por el nombre			
Valoración cefalocaudal determinando estado de conciencia			
Revisa cada uno de los usuarios confirmando identificación, con historia clínica, Kardex de enfermería, UNIDAD DEL PCTE camilla de usuario			
Revisa equipos rotulados como : equipo de venoclisis, sonda vesical, catéter salinizado etc.			
Verifica administración de líquidos endovenosos, medicamentos especiales, signos vitales, control de glicemias, control neurológico			
Informar y entregar ordenes pendientes como exámenes diagnósticos , traslados , remisiones, referencia-contra referencia			
Observa exhaustivamente a cada usuario para su posterior cuidado integral de enfermería priorizando las necesidades de cada patología			
Informar planes de cuidados de enfermería especiales			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 206 de 315

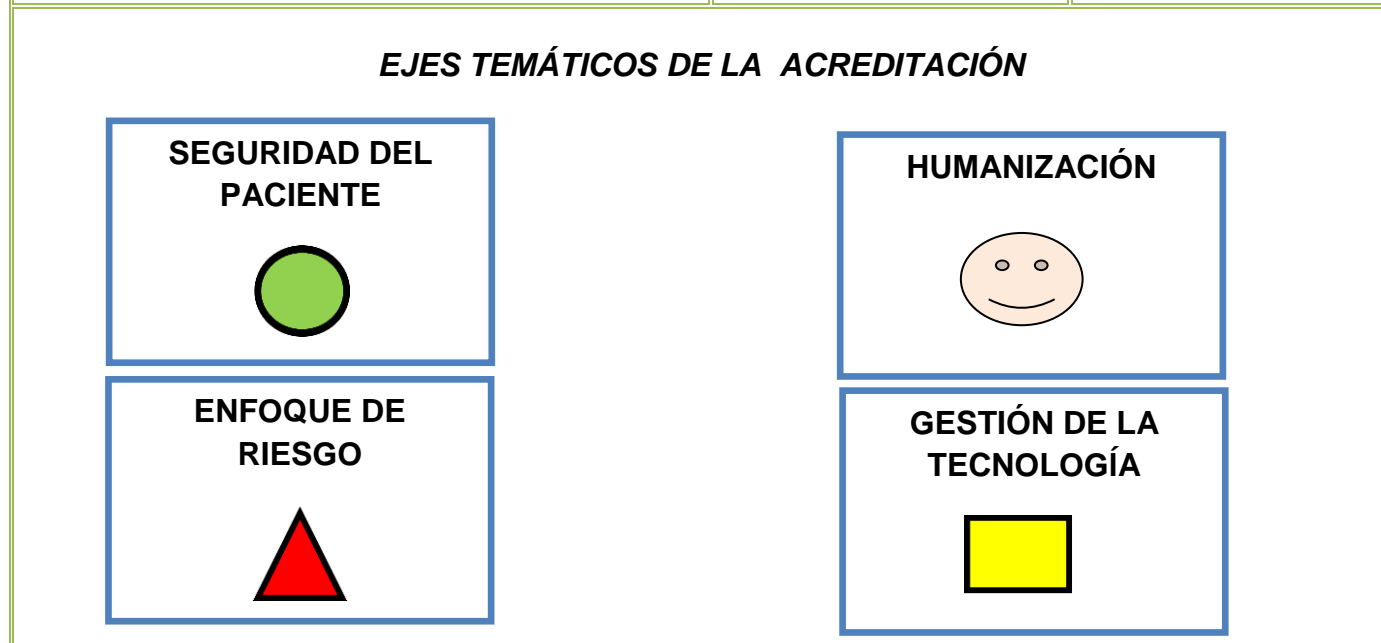
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Informar previamente enfermedades de notificación obligatoria de igual forma eventos adversos y aislamiento preventivo			
evolución de usuario también como eventos o incidentes que tengan que ver con la integridad del usuario así como el cumplimiento de las normas del servicio			
Unidad del servicio en orden limpia previa a asepsia			
Se le brinda educación a cada usuario sobre planes y cuidados básicos de su patología			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 207 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA</h1>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GA-P-008
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Desciende a las profundidades de ti mismo, y logra ver tu alma buena. La felicidad la hace solamente uno mismo con la buena conducta” Sócrates.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 208 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS



Entre los autores que describieron el protocolo no se describieron conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN



De la valoración inicial de un enfermo depende que éste reciba el tratamiento oportuno desde el primer momento y que la decisión de derivación a niveles de atención secundaria se tome cuando sea necesaria con la celeridad adecuada. Este hecho es especialmente relevante en poblaciones alejadas de grandes núcleos urbanos dotados de servicios médicos especializados e infraestructuras sanitarias sofisticadas.

Evitando accesos innecesarios al hospital y ahorro de costes del sistema de salud.

DEFINICIÓN



El electrocardiograma es un registro gráfico que anota los potenciales eléctricos producidos en asociación con el latido cardiaco. El músculo del corazón es el único entre los músculos del cuerpo que es capaz de contraerse en forma automática y rítmica.

Los impulsos que preceden a la contracción se originan en el sistema conductor del corazón. Estos impulsos se traducen en una excitación de todas las fibras musculares del miocardio. La formación de impulsos y su conducción producen corrientes eléctricas débiles que se difunden por todo el cuerpo. Si se colocan electrodos en sitios diferentes del cuerpo y se conectan a un electrocardiógrafo se obtiene el electrocardiograma.

DERIVACIONES QUE COMPONEN UN ELECTROCARDIOGRAMA

Un trazado normal se compone de 12 derivaciones: tres derivaciones bipolares, tres derivaciones unipolares y seis derivaciones precordiales.

1. Derivaciones bipolares: (DI, DII, DIII)

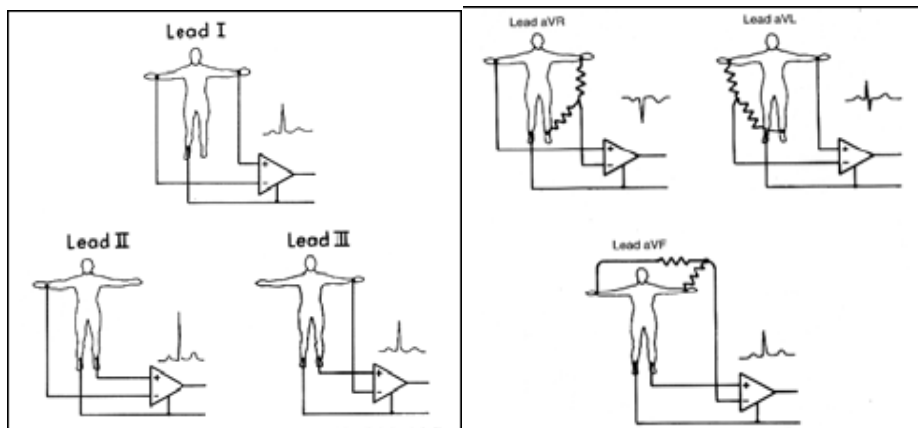
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Se colocan los electrodos en el brazo derecho (RA), el brazo izquierdo (LA) y la pierna izquierda (LL). A la piel se le debe colocar gel para la transmisión eléctrica con el objeto de obtener un trazo satisfactorio con el electrodo. Los cables del brazo izquierdo (LA), el brazo derecho (RA), pierna izquierda (LL) se conectan a los electrodos respectivos.

El electrodo conectado a la pierna derecha es simplemente una toma a tierra para efectos de seguridad.


Cada derivación muestra la forma como fluye la corriente; del polo negativo al polo positivo. Según Eindhoven los electrodos en esta forma quedan colocados en los vértices de un triángulo equilátero (triángulo de Eindhoven), en cuyo centro estaría el corazón. Sobre esta hipótesis se basan todos los cálculos de la electrocardiografía.

Los electrodos se colocan habitualmente por encima de las muñecas y de los tobillos. Si existe una amputación, el electrodo puede colocarse en el muñón. En un paciente con temblor incontrolable, se puede obtener un trazo satisfactorio colocando los electrodos en las porciones más altas de los miembros.



2. Derivaciones unipolares

Wilson en 1934 propuso un método para medir, no la diferencia del potencial entre dos electrodos, sino la potencia se fuerza en una extremidad. Mediante conexiones, junta la porción negativa de los alambres de los tres extremidades en un solo electrodo; a esto se le llama central Terminal. Las tres derivaciones unipolares se llaman: la del brazo derecho VR, la del brazo izquierdo VL, y la de la pierna izquierda VF. Estas derivaciones son de poco voltaje, por lo que Golberger hizo una modificación: la extremidad que se va a explorar, VR por ejemplo es automáticamente desconectada en el aparato de la central terminal. En esta forma la deflexión resuelta aumentada y por eso se denomina: aVR, aVL, aVF, respectivamente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 210 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Conocidas las derivaciones bipolares y unipolares, se puede entender la siguiente fórmula:

Derivación I: $aVL - aVR$

Derivación II: $aVF - aVR$

Derivación III: $aVF - aVL$

3. Derivaciones precordiales

Son para hacer una exploración más completa de la actividad eléctrica del corazón, se usa la central Terminal de Wilson, para explorar unos puntos específicos en el precordio. Son seis y se sitúan así:

V1 = 4 espacio intercostal derecho, en el borde esternal derecho.

V2 = 4 espacio intercostal izquierdo, en el borde esternal izquierdo.

V3 = Equidistante o en la mitad de la distancia entre V2 y V4.

V4 = 5 espacio intercostal izquierdo sobre la línea media clavicular.

V5 = Sobre la línea axilar anterior donde se cruzan con la línea horizontal situada en V4.

V6 = Sobre la línea axilar media, donde se cruza con la línea horizontal del plano V4.

Las derivaciones derechas V3R, V4R, se registran en el lado derecho del tórax en los mismos lugares que las derivaciones del lado izquierdo.

ONDAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA


Un electrocardiograma normal se compone de varias ondas que se denominan de manera arbitraria: P, Q, R, T y U. Entre estas ondas hay espacios que pueden modificarse y se denominan espacio PR y espacio QT.

Onda P: La onda P comienza en el nodo sinoauricular y se considera como representación del impulso eléctrico cardíaco que viaja a través de las aurículas.

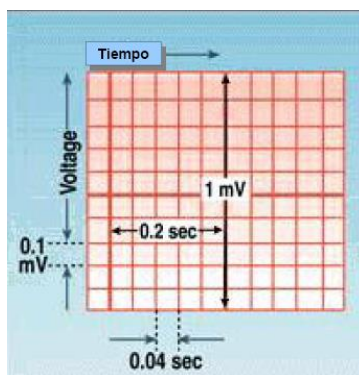
QRS: El complejo QRS representa el impulso que viaja por los ventrículos. Comienza en el nodo auriculoventricular, que está en la parte superior de las cámaras ventriculares.

Onda T: La onda T no representa un impulso que curse por alguna cámara específica, sino es un fenómeno eléctrico puro y significa la recuperación de las fuerzas eléctricas, esto es, la repolarización.

PAPEL ELECTRO CARDIOGRÁFICO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 211 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

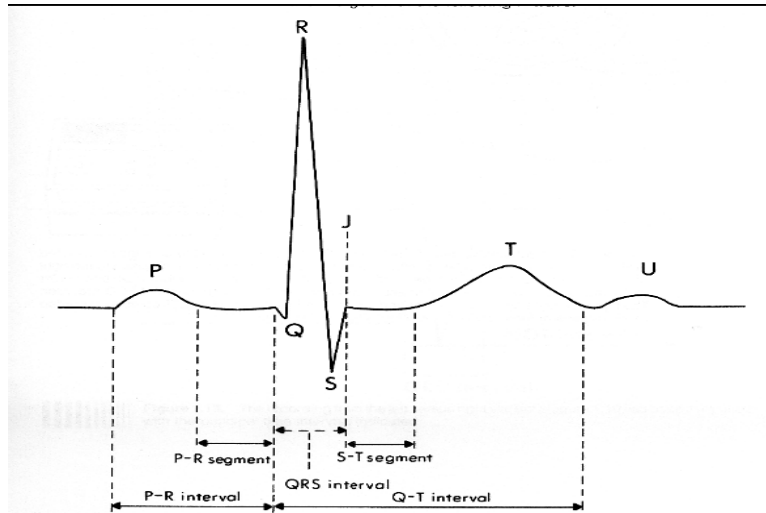


Las líneas verticales miden la magnitud del impulso eléctrico y las inscripciones horizontales representan el tiempo necesario para que un impulso recorra el tejido cardiaco. En el eje vertical cada cuadrado pequeño tiene 1 mm = 0.1 mv y cada cuadro grande circunscrito por líneas gruesas, tiene 5 mm = 0.5 mv. En dirección horizontal un cuadrado pequeño 1 mm = representa 0.04 segundos, y el cuadro grande 5 mm = representa 0.20 segundos.

ESTIMACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA CON BASE EN EL ELECTROCARDIOGRAMA.

La estimación muy aproximada y rápida de la frecuencia cardiaca si se divide la cifra 300 por el número de cuadros delimitados por líneas gruesas que están entre uno y otro complejo QRS. Por ejemplo, si hubiera dos cuadros grandes entre cada complejo QRS la frecuencia sería 150 latidos por minuto (300 dividido por 2 = 150). Si hubiera tres cuadros grandes entre cada complejo QRS la frecuencia sería 100 latidos por minuto (300 dividido 3 = 100). Si hubiera 2.5 cuadros entre cada complejo la frecuencia sería de 120 latidos por minuto (300 dividido 2.5 = 120). La cifra 300 se usa, pues 300 cuadros grandes representan un minuto en el papel electro cardiográfico. Por esta razón al dividir 300 por el número de cuadros grandes que estén entre uno y otro complejo se obtiene el número de latidos por minuto.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



Ondas P: Representa la contracción auricular y, por esta causa, el aumento en la deflexión de esta onda indica agrandamiento de la aurícula se hipertrofia en la estenosis mitral. La onda p se considera agrandada si es mayor de 3 mm (tres cuadritos pequeños) de altura, o de 0.12 segundos (tres cuadritos pequeños) de ancho, o tiene ambas características.

Intervalo PR: Comienza en el inicio de la onda P y se extiende hasta el comienzo de la onda Q, o desde el principio de la onda R sino tiene onda Q. Este intervalo representa el retardo de la onda de la excitación al pasar de la aurícula al ventrículo. En adultos con frecuencia entre 60 y 80 por minuto, este intervalo PR mide 0.12 a 0.20 segundos.

Complejo QRS: El complejo QRS tiene tres deflexiones. La onda Q es la primera deflexión descendente o onda negativa que se encuentra en el complejo rápido. Es producida por la activación del tabique que se inicia en el punto O, que está situado en la cara izquierda del septum, frente al músculo papilar, Cuando se agrandan algunas derivaciones indica algún infarto antiguo del miocardio. La onda R es la primera deflexión ascendente del complejo QRS y su amplitud aumenta cuando el ventrículo se hipertrofia, como ocurre en casi todos los casos de cardiopatía. La onda R disminuye de tamaño cuando el corazón sufre compresión por líquido, como ocurre en el derrame pericardico. La duración del complejo QRS, no debe ser superior a 0.10 segundos.

Segmento ST: Comienza al final de la onda S y termina en el comienzo de la onda T. El punto donde se inicia este segmento se denomina el punto J. E segmento ST es normalmente iso-eléctrico, pero se puede desplazar hacia arriba o hacia abajo cuando existen alteraciones en la repolarización ventricular. Una elevación o una depresión de 1mm, en las derivaciones estándar se pueden considerar como normal. El segmento ST está por encima de la línea



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 213 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

basal del electrocardiograma, en el infarto agudo del miocardio o la pericarditis, y sufre depresión cuándo el miocardio recibe un mayor aporte de oxígeno o digitálicos. El segmento ST se alarga en la hipocalcemia. Se acorta en la hipercalcemia.

Intervalo QT: Mide el tiempo de la polarización y de la repolarización; es variable según la frecuencia. El QT normal para 70 pulsaciones es de 0.40 segundos. Por cada 10 pulsaciones mayores de 70, se acorta 0.02. Por cada 10 pulsaciones menos de 70, el QT se alarga 0.03. El QT se alarga en la patología isquémica y con drogas como quinidina, procainamida, xilocaina, fenotiazidas. Se acorta con la digital y en la pericarditis.

Onda T: No representa actividad cardiaca sino refleja la fase de recuperación eléctrica de la contracción ventricular. La onda T es plana cuando el corazón no recibe oxígeno suficiente y puede estar invertida en el infarto del miocardio.

La onda T puede ser muy elevada, por aumento en el potasio sérico. Esta onda no puede exceder de 10 mm de altura (10 cuadritos pequeños) en las derivaciones precordiales y en las demás derivaciones no debe exceder 5 mm. Es normalmente positiva en DI, DII y positiva o negativa en DIII.

PARA TENER EN CUENTA AL LEERLO

Ritmo:

- ¿Tiene o no ritmo?
- ¿Es inusual?
- ¿Es regular?



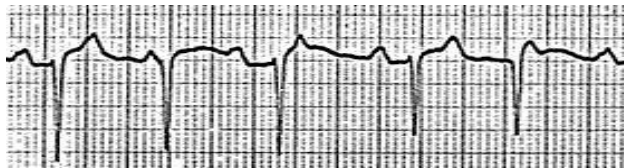
Frecuencia

< 60/min = bradicardia

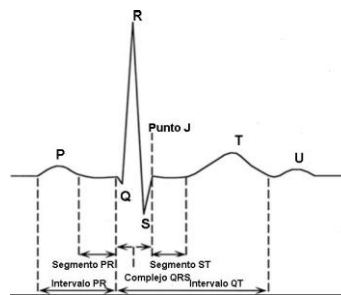


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

> 100/min = taquicardia



PQRSTU cada onda y segmento.
Complejos anchos o angostos.



Intervalos:

PR < 0,20 seg
QRS < 0,12 seg
QTc < 0,43 seg,
ó 1/2

Eje eléctrico

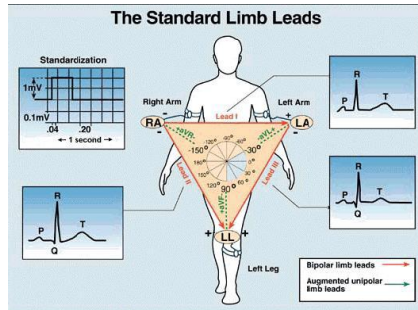
DI 0°
DII +60°
aVF +90°
DIII +120°
aVL - 30°
aVR - 150

Nombre del Documento:

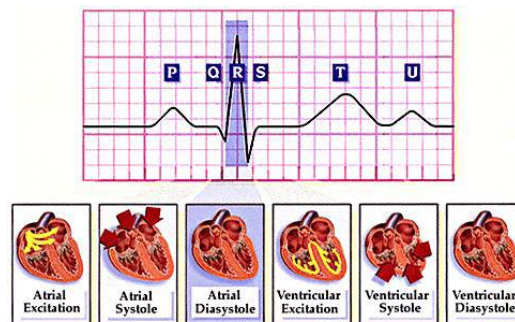
Manual de
Enfermería

Unidad Administrativa:

Subgerencia Científica



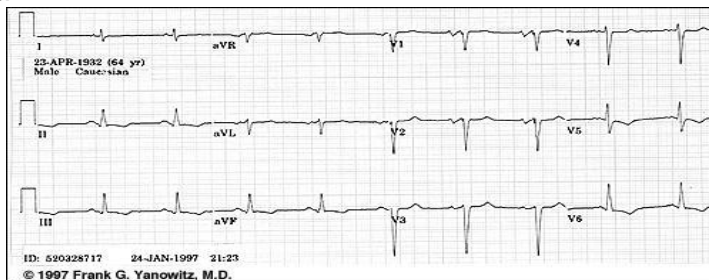
Identificar: Isquemia, Hipertrofias, Bloqueos. *Solicitar ECG previos para comparar*



ECG Parámetros habitualmente

Fisiológicos Onda P:

- < 0,10 seg, Siempre (+): I, II, V5, V6.
- Siempre (-): aVR.
- II < 0,2 mV Redondeada o ligeramente puntiaguda
- Bifásica o (-): III, aVL



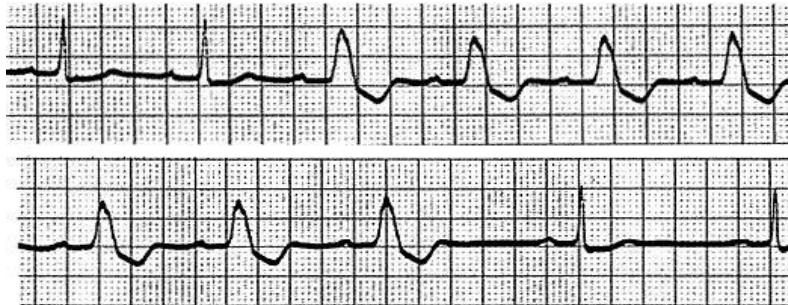
QRS:

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Onda Q: Ancho < 0,04 seg

Onda R:

- Máximo 2,5 mV en derivaciones precordiales y 1,5 mV en derivaciones de los miembros.
- Mínimo 0,5 mV en derivaciones de los miembros.



Segmento ST:

- Isoeléctrico
- Desnivelado (Supra o Infra) <1 mV o >1 mV (si incluye al punto J) Siempre valorar con especial cuidado los trastornos del ST, ya que el primer diagnóstico diferencial es la isquemia.

Onda T

No representa actividad cardiaca sino refleja la fase de recuperación eléctrica de la contracción ventricular. La onda T es plana cuando el corazón no recibe oxígeno suficiente y puede estar invertida en el infarto del miocardio.

La onda T puede ser muy elevada, por aumento en el potasio sérico. Esta onda no puede exceder de 10 mm de altura (10 cuadritos pequeños) en las derivaciones precordiales y en las demás derivaciones no debe exceder 5 mm. Es normalmente positiva en DI, DII y positiva o negativa en DIII.

OBJETIVOS




Obtener un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, mediante un electrocardiograma para identificar alteraciones anatómicas, metabólicas, iónicas y hemodinámicas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 217 de 315


Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ÁMBITO DE APLICACIÓN	
-----------------------------	---

Red salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO	
-------------------------	---


Población de Red Salud Armenia E.S.E que requiera el servicio.


PERSONAL QUE INTERVIENE	
--------------------------------	---

Es responsabilidad de la gerencia del Red Salud E.S.E, disponer del personal acreditado y debidamente contratado, equipo y elementos necesarios para la toma del electrocardiograma. Enfermera (o) es la responsable de: verificar el funcionamiento del electrocardiógrafo; realizar el pedido al almacén de papel electro cardiográfico y gel. Así como de la toma del electrocardiograma al usuario. Es responsabilidad del personal de enfermería tanto profesional como auxiliar la limpieza del equipo.

MATERIALES Y EQUIPO	
----------------------------	---

- Camilla o cama.
- Electrocardiógrafo.
- Cable con cuatro terminales de extremidades y seis torácicas.
- Electroodos (desechables o de ventosa).
- Pasta conductora y/o solución salina.
- Gasas o toallas de papel.
- Maquinilla de rasurar desechable.
- Papel milimetrado.

INDICACIONES	
---------------------	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 218 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Precisar el diagnóstico en las siguientes condiciones clínicas:

- Hipertrofia ventricular y auricular
- Infarto agudo del miocardio
- Arritmias
- Pericarditis
- Enfermedades generales que afectan el corazón
- Efectos de medicamentos usados en terapéutica cardiológica, como la digital.
- Desequilibrio en el metabolismo electrolítico, especialmente el potasio.

PROCEDIMIENTO



- Aplicar suero fisiológico o gel electrolítico en las zonas de colocación de los electrodos (ambos son buenos conductores).
- Colocar los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y tobillos del paciente.
- Los electrodos deben aplicarse en superficies carnosas, evitando las prominencias óseas, las superficies articulares y las zonas de vello abundante.
- En pacientes amputados colocar el electrodo correspondiente en la parte más distal disponible, si no fuera posible, se colocarán en el tronco, cerca de la zona amputada.
- Conectar cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente.
- El extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación:
 - RA (rightarm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
 - LA (leftarm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
 - LL (leftleg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
- RL (rightleg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.
- Valorar el estado de la piel en la zona precordial. Si hay restos de lociones corporales se deben limpiar y secar. Rasurar si existe abundante vello.
- Colocar los electrodos precordiales, contando de forma manual los espacios intercostales en el paciente. Si son electrodos con sistema de vacío (ventosas), apretar la pera, colocar sobre la piel y soltar; si son autoadhesivos, despegar la cubierta protectora y aplicar sobre la piel en las siguientes zonas:
 - V1. Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
 - V2. Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
 - V3. Equidistante entre V2 y V4.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 219 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medio clavicular.
- V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior, al mismo nivel que V4 o en el mismo plano horizontal que V4.
- V6 Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media, al mismo nivel que V4 o en el mismo plano horizontal que V4.

- Seleccionar la velocidad estándar (25 mm/segundo) y el voltaje a 1mV. (10mm/mV).
- Seleccionar modalidad manual o automática. Si la modalidad es manual se obtendrán tres o cuatro complejos de cada derivación.
- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Si la calidad no es adecuada, repetir el trazado correspondiente.
- Al finalizar el registro pagar el electrocardiógrafo y retirar los electrodos.
- Eliminar el exceso de pasta conductora en el tórax y extremidades del paciente.
- Indicar y/o ayudar al paciente a vestirse dejándolo en una posición cómoda y adecuada.
- Identificar el trazado obtenido con los datos de filiación del paciente, fecha, hora y si existe o no dolor precordial o dificultad respiratoria. Incorporar el registro a la historia clínica del paciente.
- Higiene de manos.
- Es recomendable que la temperatura de la habitación sea agradable (el temblor muscular puede interferir el registro de la señal eléctrica).
- Si el paciente ha realizado ejercicio o ha tomado algún producto estimulante/excitante poco antes de la prueba, se puede alterar el registro; anotar para su consideración en la interpretación del resultado. - En pacientes cardíacos, a los que se le realizan periódicamente.
- Electrocardiogramas se pueden marcar con rotulador el lugar exacto de las derivaciones precordiales para mejor valoración de posibles cambios.
- Siempre es aconsejable realizar tira larga (15 segundos) en derivaciones I, II ó III, siendo imprescindible ante la presencia de arritmias, como se indica en el procedimiento.
- Si se detectara algún dato anómalo en el trazado electro cardiográfico, no retirar el equipo y avisar al médico.

Registro :

- Anotar en el registro correspondiente
- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 220 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PRECAUCIONES



-
- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes
- Preparación del paciente
- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Crear un ambiente de intimidad adecuado para el paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, asegurándose que no esté en contacto con superficies ni objetos metálicos.
- Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el tórax, tobillos y muñecas así como a desprenderse de cualquier objeto metálico que pudiera estar en contacto con los electrodos (relojes o pulseras) para garantizar la calidad del registro.
- Valorar el estado de la piel y si hay restos de lociones corporales, limpiar con alcohol y secar la zona.
- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
- Marque el electrocardiograma con los siguientes datos del paciente: nombre, número de historia clínica, edad, fecha, hora, servicio y número de cama.
- Pegue el electrocardiograma en una hoja y legájelo en la historia clínica.
- Si tiene más de electrocardiograma, enumérelos.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Mantenga el equipo conectado a la red eléctrica para evitar que la pila se descargue.
- No enrolle los cables (Se puede quebrar los filamentos). Déjelos estirados sobre el equipo.

CONCLUSIONES



En el electrocardiograma (EKG) se representa de forma gráfica la actividad eléctrica del corazón. La activación eléctrica cardiaca genera una serie de ondas e intervalos, registrados en el EKG, que identifican distintos momentos de esta activación y que son considerados

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 221 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

normales cuando se ajustan a unos parámetros concretos.

COMPLICACIONES



DIFICULTADES TÉCNICAS QUE AFECTAN EL ELECTROCARDIOGRAMA

- Si pone en práctica las siguientes recomendaciones evitará artefactos y registros de mala calidad técnica.
- Acueste al paciente en una cama o camilla cómoda para que apoye todo su cuerpo. Debe estar en completa relajación muscular para asegurar un trazo satisfactorio.
- Explique el procedimiento con el fin de eliminar cualquier temor y ansiedad que pueda estar experimentando. Cualquier pequeño
- Movimiento o sacudida del paciente puede alterar el registro. Solicite firma en Formato AC-F034 Consentimiento Informado.
- Debe tenerse certeza de que hay un buen contacto entre la piel y los electrodos. Utilice gel en la piel. Un mal contacto puede dar como resultado un mal trazo.
- Espere 30 segundos antes de activar el botón de toma automática del registro.
- Si el paciente es muy velludo se podría afeitar con consentimiento.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Explicar el procedimiento al usuario y su familia con el fin de que se pueda obtener un resultado del examen de muy buena calidad.

BIBLIOGRAFÍA



- Vélez, Borrero, Restrepo. Cardiología. Edición Corporación para investigaciones Biológicas. 2002
- Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-quirúrgica. Editorial Mc. Graw Hill. Edición VIII.

ANEXOS



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 222 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

1. LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO PARA LA TOMA DE EKG

NOMBRE OBSERVADOR:
SERVICIO:

ESTAMENTO OPERADOR:
FECHA:


PASOS OBSERVADOS	Si	No	NA
<input type="checkbox"/> Se lavó las manos antes del procedimiento			
<input type="checkbox"/> Explicó el procedimiento al paciente			
<input type="checkbox"/> Preserva la intimidad del paciente			
<input type="checkbox"/> Verificar el buen funcionamiento de la maquina			
<input type="checkbox"/> Limpia la piel			
<input type="checkbox"/> Coloca los electrodos en los puntos indicados			
<input type="checkbox"/> Registra en el trazado los datos completos			
<input type="checkbox"/> Se lavó las manos después del procedimiento			

Nº de pasos Observados:

Comentarios: _____

CUESTIONARIO:

- ¿en dónde se colocan los electrodos?
- ¿Cómo logra un trazado de buena calidad

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 223 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h1>PROTOCOLO PREPARACIÓN DE FORMULAS LÁCTEAS</h1>	UBICACIÓN:	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-016
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORO EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
	REFLEXIÓN: <i>“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN
FECHA DE ELABORACIÓN:		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

**SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



HUMANIZACIÓN



**ENFOQUE DE
RIESGO**



**GESTIÓN DE LA
TECNOLOGÍA**



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 224 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS



No hubo conflicto de interés

INTRODUCCIÓN



La leche materna constituye el alimento fundamental durante el primer año de vida, ya que es la más apta para satisfacer las necesidades nutricionales e inmunológicas a esa edad. Además, tiene importantes efectos positivos en la relación afectiva que se desarrolla entre la madre y el hijo. Si el lactante mantiene buen crecimiento y la madre desea seguir amamantando, puede hacerlo hasta más allá de cumplida la edad de un año, pero por diferentes razones algunos neonatos, no pueden ser alimentados con leche materna por lo que RED SALUD ARMENIA ESE se prepara para afrontar estas eventualidades.


DEFINICIÓN



Aunque los expertos consideran que la leche materna es la mejor opción nutricional para los bebés, la lactancia materna no siempre es posible. En muchos casos, la decisión de dar el pecho o el biberón al bebé se basa en criterios de comodidad y estilo de vida y en consideraciones médicas específicas.

Para aquellas mujeres que no pueden amamantar a sus bebés o que deciden no hacerlo, las leches infantiles son una buena alternativa. Algunas mujeres se sienten culpables por no amamantar a sus bebés. Pero, si usted alimenta a su bebé con una leche artificial comercializada, podrá tener la seguridad de que las necesidades nutricionales del pequeño estarán colmadas. Y podrá establecer un vínculo emocional con su bebé igual de fuerte. Después de todo, independientemente de que lo alimente con leche materna o artificial, las tomas serán un momento de gran conexión e intimidad entre usted y su pequeño

Cuando por alguna circunstancia un recién nacido no puede ser alimentado al seno materno, es necesario usar algún sustituto. Este sustituto se conoce como fórmula láctea dentro de las cuales tenemos:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 225 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

FORMULAS DE INICIO O MATERNIZADAS O FORMULA 1: Son fórmulas derivadas de la leche de vaca las cuales han sido modificadas en cantidad, calidad y tipo de nutrientes, con el fin de que sean cualitativa y cuantitativamente semejantes a la leche materna y/o adaptarlas a las condiciones especiales de inmadurez fisiológica tanto renal como digestiva del recién nacido para mejorar su digestibilidad y tolerancia así como para mejorar la carga renal de solutos

FORMULAS DE CONTINUACIÓN O FORMULA 2: Son formulas derivadas de la leche de vaca con modificaciones en sus componentes adaptadas a las necesidades de niño a partir del sexto mes de vida.

FORMULAS MODIFICADAS PARA NIÑOS DE 1-3 AÑOS O DE SEGUIMIENTO (FORMULA 3) Son fórmulas enriquecidas con vitaminas y minerales.

FORMULAS TERAPÉUTICAS: Son fórmulas que presentan características particulares para patologías especiales en los lactantes. Estas pueden ser:

LIBRES DE LACTOSA: Están diseñadas para los lactantes que por algún motivo presentan intolerancia a la lactosa; la causa de la intolerancia se debe a la incapacidad de producir cantidades significativas de lactasa para dirigir la lactosa, el componente proteico de algunas fórmulas es la proteína de la leche aislada y proteína de suero para mejorar la disponibilidad y calidad de las mismas aumentando su valor biológico. Los carbohidratos son a base de jarabe de maíz y la grasa es vegetal.


FÓRMULAS ANTIRREFLUJO: Estas fórmulas se encuentran espesadas con almidón de maíz o amilopectina que ofrece alta viscosidad para la alimentación del lactante durante el primer año de vida.

FORMULAS DE SOYA: Son formulas especiales a base de aislado de soya, sin lactosa y sin sacarosa adecuada para lactantes que deben restringir el consumo de leche de vaca, lactosa o sacarosa.

FORMULAS HIDROLIZADAS: Son fórmulas en las cuales los nutrientes se encuentran hidrolizados para mejorar su absorción, en hipersensibilidad a las proteínas, mal absorción de grasas y carbohidratos. En las fórmulas también se encuentran fórmulas parcialmente hidrolizadas, conocidas como hipoalergénicas.

DESCRIPCIÓN DE LAS FÓRMULAS MÁS UTILIZADAS EN LA INSTITUCIÓN

NAN 1: Desde el nacimiento hasta el 6 mes. Baja en fosfatos. Óptima relación calcio / fósforo, favorece el desarrollo de una flora bífida, proteínas de fácil asimilación, adición de nucleótidos, grasas modificadas de buena digestión y absorción, lactosa como único carbohidratos, promueve absorción de calcio, vitaminas y minerales adicionados de acuerdo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 226 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

con recomendaciones y enriquecida con hierro.

Presentación:

Polvo 450 g, 1100g.

Medida: 4.3 g

Medidas / Tarro: 104.6 /450g, 256/1100g.

Dosificación: Una medida rasa por onza de agua hervida.

NAN II: A partir del 6º mes. Adición de probióticos: BifidobacteriumLactis (BL) y StreptococcusThermophilus protectores de la flora intestinal. Proteína en cantidad adecuada para cubrir necesidades nutricionales del lactante a partir del 6º mes, aporte adecuado de ácidos grasos omega 3 y 6. Enriquecida con hierro y calcio de acuerdo a las necesidades. Mezcla de lactosa y maltodextrina.

Presentación: Polvo 450 g.

Medida: 4.63 g

Medidas / Tarro: 97/450g.

Dosificación: Una medida rasa por onza de agua hervida.

PRE NAN: Para niños de bajo peso al nacer o prematuros. Aporte de ácidos grasos poli saturados de cadena larga (LC-PUFA): importantes para el desarrollo cerebral y visual del prematuro. Relación lactalbúmina/caseína ideal: 78/22. Proteínas parcialmente hidrolizadas que mejoran el vaciamiento gástrico. Mayor densidad energética: 24 cal. Vitaminas y minerales acorde con las recomendaciones internacionales

Presentación:

Polvo 400 g

Medida: 5.33 g

OBJETIVOS



Garantizar la inocuidad en la manipulación, preparación y distribución de las fórmulas lácteas, así como la correcta preparación de acuerdo a la dosificación, tipo de fórmula y prescripción, conservando su calidad microbiológica y nutricional.




ÁMBITO DE APLICACIÓN






Profesionales de Red Salud Armenia E.S.E

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 227 de 315




Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

POBLACIÓN OBJETO	  
-------------------------	---




Neonatos de Red Salud que no reciban lactancia materna

PERSONAL QUE INTERVIENE	  
--------------------------------	---

Profesionales de la sala de partos y hospitalización

MATERIALES Y EQUIPO	  
----------------------------	---

- Biberones
- Fórmulas lácteas
- Canastillas con tapa
- Bata estéril
- Cinta de enmascarar para rotular.
- Formatos relacionados

INDICACIONES	  
---------------------	---

- *Rechazo absoluto o incapacidad de la madre para lactar.
- *Enfermedades sistémicas o infecciosas de la madre que representen riesgo de contagio para el niño.
- *Producción de leche materna en cantidad insuficiente.
- *Enfermedades del niño que lo llevan a intolerancia a los componentes de la leche materna.

Fórmulas de inicio o maternizadas o formula 1: De 0 a 6 meses de edad

Fórmulas de continuación o formula 2: A partir del sexto mes de vida.

Formulas modificadas para niños de 1-3 años o de seguimiento (formula 3): Niños de 1 a 3 años

Formulas terapéuticas: Son fórmulas que presentan características particulares para patologías especiales en los lactantes. Estas pueden ser:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 228 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Libres de lactosa: Alimentación en casos de mal absorción de lactosa y sacarosa, realimentación después de diarreas agudas prolongadas severas o crónicas.
- Fórmulas antirreflujo: alimentación de Lactantes de 0 a 1 año con reflujo gastroesofágico con el propósito de disminuir regurgitaciones y vómitos
- Fórmulas de soya: Alergia a la proteína de leche de vaca, Mal absorción de lactosa y sacarosa, niños con alimentación vegetariana y en galactosemia. **CONTRAINDICACIONES** Prematuros interferencia absorción de Ca.
- Formulas hidrolizadas: Síndrome de mal absorción de grasas, esteatorrea, síndrome de intestino corto, diarrea persistente e inmadurez gastrointestinal, fibrosis quística, alergia a la proteína, coléctasis alergia a la proteína de leche de vaca o soya y desnutrición proteico calórica.

PROCEDIMIENTO




- La preparación de las fórmulas lácteas se realiza en el área de preparación utilizando técnica limpia.
- Hierva el agua en un recipiente con tapa, deje hervir 5 minutos después de la primera ebullición
- Lave y desinfecte las superficies de trabajo, según protocolo Limpieza y Desinfección de Superficies.
- Rotule los biberones previamente estériles (hervidos)
- Verifique el tipo de fórmula Láctea a preparar y la dosificación coloque el 50% del agua
- Coloque el 50% del agua del volumen total a preparar, añada el número de medidas de leche correspondientes al volumen, de acuerdo al tipo de fórmula, Adicione el agua restante.
- Mezcle hasta que la preparación esté homogénea y sin grumos.
- Llene el biberón teniendo en cuenta la cantidad prescrita para cada uno (tipo de formula Láctea, número de onzas por toma y numero de biberones al día y en los casos que se requiera, tenga en cuenta la dilución de la formula.
- Entregue el biberón a la madre y explíquela que así lo hará en su casa.

PRECAUCIONES



- Realice lavado de manos clínico (ver Manual de Bioseguridad)
- Antes y después de preparar la formula.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 229 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Lávese las manos cada vez que cambie de actividad, después de tocar objetos contaminados y después de ir al baño.
- No tener las uñas largas ni con esmalte.
- No utilice joyas ni relojes en el área de preparación.
- Tenga el cabello recogido
- No hablar, toser o estornudar sobre las mezclas que se están preparando.
- No tocarse la cara ni nariz durante la preparación
- No mezclar elementos limpios y otros sucios o contaminados

CONCLUSIONES



Es muy importante entender cómo funciona la lactancia para poder asegurarnos de que si un bebé va a ser alimentado con leche artificial en biberón por la razón que sea lo único que se pierda sea la leche materna, pero no toda la estimulación e interacción que proporciona la lactancia y que tanto facilita el desarrollo saludable.

COMPLICACIONES



Podemos mencionar que los bebés que toman fórmula, tienen mayor riesgo de padecer obesidad en la edad adulta, padecen más enfermedades de las vías respiratorias, y mayor cantidad de episodios de enfermedades gastrointestinales.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Dárselo siempre en brazos, y favoreciendo el mayor contacto piel con piel posible, especialmente las primeras semanas. Pero sigue siendo igual de importante pasado el año o los dos años, ¡la duración de la lactancia oscila entre dos y siete años! Los bebés no amamantados siguen necesitando ser sostenidos en brazos durante las tomas durante años, por lo que eso conlleva de abrazos y caricias e intimidad.
- Cambiar de lado en cada toma o incluso en la misma toma, alternativamente.
- Intentar que sea sólo la madre la que del el biberón, y si esto no es posible intentar que sean sólo dos o tres personas, siempre las mismas, las que se ocupen de su alimentación. Durante los primeros años de vida los bebés pueden vincularse de forma

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 230 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

segura a cuatro o cinco personas como máximo, en las primeras semanas de vida están iniciando ese proceso con la madre y como mucho con el padre, abuelos o hermanos

- Dosis extra de contacto piel con piel, colecho, masajes, porteo, cosquillas y caricias sirven para potenciar en el bebé la liberación de las mismas sustancias beneficiosas que produce la lactancia materna. Esto es especialmente importante para los bebés adoptados.
- Quitar el biberón igual que se produce el destete: sin forzar, cuando el niño o niña esté listo.

BIBLIOGRAFÍA



- Consumer.es, Preparación de biberones. <http://bebe.consumer.es/lactancia/extraccion-y-biberones-de-la-leche-materna>

ANEXOS



1. LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DDED FORMULAS LACTEAS

LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREPARACION DE FORMULAS LACTEAS

Objetivo:			
Periodicidad			
Responsable:			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Conoce las causas absolutas de la no lactancia materna			



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 231 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


Sabe y entiende la forma cómo abordar una madre que no va a lactar su hijo

conoce las formulas maternizadas que se utilizaran

sabe las normas de bioseguridad para preparar un biberón

Está en capacidad de explicarle a la madre como preparar un biberón

Sabe que la madre que no lacta a su bebe, también puede transmitir amor y seguridad a su pequeño.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 232 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO: TRASLADO DE PACIENTES SERVICIO ASISTENCIAL BASICO</h2>	UBICACIÓN:	URGENCIAS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-GH-P-001
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>La perfecta coordinación entre los diferentes eslabones o agentes, es una tarea difícil, pero es, con seguridad, la única forma de asegurar una asistencia integral de alta calidad.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA




	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 233 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	
-----------------------------	---

No se presentaron conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN	
---------------------	---

El desarrollo tecnológico permite contar con recursos cada vez más avanzados para el cuidado del paciente en estado. A diferencia de épocas anteriores, la ambulancia moderna debe ser un vehículo dotado con los elementos necesarios para proveer de manera eficiente la asistencia prehospitalaria que el paciente requiere para mantener su estado de salud hasta el acceso a un centro asistencial.

El objeto de este protocolo es reducir en lo posible las condiciones adversas que puedan empeorar la condición clínica del paciente, así como procurar la seguridad del auxiliador y la reducción de los riesgos asociados en la operación. Igualmente, establecer la secuencia de acciones a realizar en el vehículo ambulancia para el manejo prehospitalario del estado de salud del paciente, hasta ser llevado al servicio de salud que corresponde (transporte primario). Este procedimiento competente a todas las personas que hacen parte de la tripulación del vehículo.

DEFINICIÓN	
-------------------	---

Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

Transporte primario: es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención prehospitalaria.

Transporte secundario: es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención prehospitalaria.

Traslado Asistencial Básico (TAB): es el conjunto de personas, implementos y recursos necesarios para realizar el traslado de pacientes de un lugar a otro de una manera adecuada, protocolizada y con los equipos básicos necesarios para garantizar un ambiente ligeramente hospitalario y poder contar con recursos necesarios para prestar ayuda y soporte al paciente

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 234 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

que lo requiera según su estado de salud.

Bitácora: Registro diario de las remisiones realizadas en el servicio, donde se incluye lugar de destino, hora, fecha, quien traslada, numero de ambulancia, código de aceptación y quien recibió.

MARCO LEGAL

En el caso específico del transporte de pacientes, se deben tener presente algunos aspectos de la legislación que regulan este procedimiento:

Ley 599/2000: si durante un traslado se presenta un accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de comunicaciones (jefe del servicio de urgencias) para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que lleva inicialmente.

Ley 7/79 y Resolución 1995/99: la elaboración de una correcta historia clínica está protegida y regulada por la ley 23/81 al igual que la ausencia del consentimiento informado al paciente, el cual deberá ir firmado por el paciente o los testigos.

Ley 10/90 Art. 2: Todas las instituciones o entidades de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios están obligadas a la atención inicial de urgencias.

Artículo 168 de la Ley 100/1993: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa, el costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de riesgos catastróficos o accidentes de tránsito y por la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente en cualquier otro evento.

Decreto 2423/96; Art. 7 Decreto 2174 /96: hace referencia a la responsabilidad de las EPS y las IPS en la ubicación y la remisión de los pacientes.

Decreto 2759 de 1991; Art. 5: las entidades públicas o privadas del sector salud que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios a la institución del grado de complejidad requerida que se responsabilice de su atención.

Decreto 2759 de 1991 Art. 6: la institución referente es responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 235 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Resolución 9279 de 1993: adopta el manual de normalización del componente traslado para la red nacional de urgencias.

Decreto 2309 de 2002: define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1439 de 2.002: adopta los manuales de estándares y de procedimientos para el sistema único de habilitación, incluyendo los requisitos vigentes para las ambulancias.

OBJETIVOS



Realizar el traslado asistencial básico de pacientes, de forma oportuna, segura y pertinente que permita la continuidad de la atención requerida, acorde a sus condiciones de salud y a los recursos de la institución.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Todo paciente que por indicación médica requiera ser traslado en el servicio de ambulancia.

POBLACIÓN OBJETO




Equipo básico de salud de urgencias y conductores de la ambulancia

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Tecnólogo en Atención Pre hospitalaria o técnico profesional en atención pre hospitalaria
- Auxiliar en enfermería
- Conductor

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 236 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

MATERIALES Y EQUIPO



Dotación y Clasificación de Ambulancias:

Dotación: 4 Ambulancias

Clasificación: Ambulancia de transporte básico con paramédico permanente.

Tipos de Móvil:

NUMERO: 005

AMBULANCIA PLACA : OJG 405

MARCA : TOYOTA

MODELO : 1999

NUMERO: 030

AMBULANCIA PLACA : ONJ 016

MARCA : TOYATA HILUX

MODELO : 2007

NUMERO: 050

AMBULANCIA PLACA : ONJ 035

MARCA : CHEVROLET LUV D-MAX

MODELO : 2010

NUMERO: 051

AMBULANCIA PLACA : ONJ 036


MARCA : CHEVROLET LUV D-MAX

MODELO :2010

INDICACIONES



- Traslado de pacientes desde el servicio de urgencias hacia otros niveles de atención.
- Traslado de paciente desde el sitio de ocurrencia de algún evento hacia un nivel de atención.
- Traslada de paciente desde un centro de atención hacia el servicio de urgencias u otro nivel de atención de superior.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 237 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO



Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del Paciente y acompañantes en la Móvil:

- El Conductor debe cumplir con el procedimiento de asegurar el enganche y fijación de la camilla a la ambulancia y utilizar cinturones de seguridad que posee la camilla para asegurar al paciente, y el Técnico Paramédico debe ubicarse sentado en la butaca a la cabecera del paciente.
- El Conductor debe cumplir con el procedimiento de asegurar y fijar la cuna de transporte a la ambulancia cuando traslada recién nacidos y el Técnico Paramédico debe ubicarse sentado en la butaca a la cabecera del paciente.
- El Conductor y Técnico Paramédico deben cumplir con el uso del propio cinturón de seguridad y exigir al acompañante del paciente que también lo utilicen, antes de iniciar la partida y durante el trayecto.
- El conductor debe respetar las normas de velocidad en el tránsito y evitar en lo posible, aceleraciones-desaceleraciones bruscas realizando una conducción regular y prudente.

Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos:

- El Técnico Paramédico debe permanecer siempre al lado del paciente durante el traslado.
- El paciente será recibido por el profesional responsable en el Centro receptor.
- El Técnico paramédico debe colaborar con el Conductor y acompañar al paciente en camilla hasta la Unidad que se le asigne como destino.
- El paciente debe ser entregado con vena canalizada y órdenes médicas aplicadas, resultados de exámenes realizados y placas de radiografías si se le tomaron.

Documentación que portan las ambulancias:

- Permiso de circulación vigente
- Revisión técnica vigente
- Seguro obligatorio vigente
- Bitácora, cuaderno donde se registra todas las salidas indicando fecha, kilometraje, hora salida y hora de regreso, destino y nombre del conductor.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 238 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Cuaderno de Novedades

NORMA PARA EL MANEJO DE SISTEMAS VISUALES Y SONOROS DE ALERTA EN LAS AMBULANCIAS TERRESTRES

Se denomina tránsito en CLAVE UNO (1) o CLAVE A, el desplazamiento utilizando simultánea y permanentemente los sistemas visuales y sonoros de alerta. Esta clave debe ser utilizada en el caso de pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria o alteración neurológica que no han mejorado con el manejo instaurado. Tiene como objeto solicitar a los conductores circundantes la mayor prioridad para circular por las vías y permite sobrepasar a otros vehículos, sin exceder el límite de velocidad estipulado en el código nacional de tránsito.

Se denomina tránsito en CLAVE DOS (2) o CLAVE B, el desplazamiento con el sistema visual de alerta. Esta clave debe utilizarse en el caso de pacientes politraumatizados hemodinámicamente estables, sin dificultad respiratoria ni alteración del Glasgow. Tiene por objeto proteger la ambulancia en medio del flujo vehicular circundante y realizar una movilización lo más suave posible.


Se denomina tránsito normal o SIN CLAVE el desplazamiento sin utilización de sistemas visuales ni sonoros de alerta y debe ser empleado cuando la móvil transite luego de terminar un servicio sin paciente a bordo.

RESTRICCIONES

El uso de CLAVE UNO está condicionado al criterio de la tripulación en los casos en que se considere riesgoso para el paciente el uso de sistemas sonoros de alerta (situaciones patológicas cardiovasculares, toxemia gravídica, síndromes convulsivos, estados de alteración psiquiátrica aguda, entre otros).

El uso de CLAVE UNO será el mínimo posible dentro de las zonas residenciales urbanas, vías secundarias y zonas de circulación restringida. Al acercarse a una institución hospitalaria situada dentro de un área urbana densamente poblada se debe silenciar el sistema sonoro de alerta por lo menos 200 metros antes de la planta física.

En casos de traslado primario, los sistemas de alerta sonora se silencian al menos 100 m antes de llegar a la entrada del servicio de urgencias, con excepción de situaciones de triage que requieran recepción inmediata y alistamiento de equipos de trauma o paro cardiorrespiratorio.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 239 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

En todos los casos de desplazamiento de ambulancias terrestres, el conductor debe observar las normas del Código Nacional de Tránsito vigente y en especial las que se refieren a la seguridad para los ocupantes, vehículos circundantes, vías especiales y peatones. En los casos de utilización de CLAVE UNO la prudencia debe ser la característica de la conducción.

Durante cualquier desplazamiento, el conductor de la ambulancia es el responsable de la utilización del cinturón de seguridad para sí mismo y para la persona que se sitúe en la silla delantera derecha. Se recomienda la utilización de los cinturones de seguridad del cubículo del paciente para acompañante y tripulante.

Todo desplazamiento de pacientes en ambulancia se realiza mínimo con un auxiliar que cumpla con las especificaciones anteriormente mencionadas.

En cualquier tipo de traslado en ambulancia terrestre, cuando se tenga paciente a bordo, el auxiliar permanecerá con el paciente, en el cubículo dedicado a la atención del mismo.

El auxiliar mantendrá al paciente con los cinturones de seguridad de la camilla desde el abordaje y durante todo el tiempo del desplazamiento a excepción de una orden médica escrita en la historia clínica que sugiera un manejo diferente de seguridad.

Durante el desplazamiento se podrá transportar en calidad de acompañante, como máximo a una persona. Se sugiere que vaya en el asiento delantero derecho para facilitar la labor del tripulante y evitar la interferencia con los procesos de estabilización o mantenimiento del paciente.

Las ambulancias están capacitadas para transportar dos pacientes simultáneamente. En situaciones muy especiales, (desastres o situaciones de alteración del orden público) se podrán transportar tres o más pacientes por viaje.

PRECAUCIONES



Antes:

- Incluir el traslado en el formato que se lleva para censo de remisiones de la red.
- Diligenciar el formato de traslado asistencial básico en forma completa.(auxiliar de enfermería).
- Presentación personal acorde con las normas institucionales
- Brindar un trato cordial basado en los valores morales y principios Éticos.
- Recibir el usuario a trasladar, con toda la documentación requerida para la institución de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 240 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

referencia.

Durante:

- Si se presenta algún incidente o evento adverso durante el traslado se debe registrar en el formato respectivo. (responsable: Medico y/o auxiliar de enfermería).
- Entregar al usuario en la entidad receptora, con toda la información sobre manejo inicial y evolución durante el traslado, y solicitar el diligenciamiento del formato de traslado. (Hora de recepción del paciente y firma del profesional que lo recibe, responsabilidad del auxiliar de enfermería/medico si lo hubo).
- Al trasladar al usuario el personal de salud auxiliar de enfermería y/ o médico, debe permanecer con él, hasta entregarlo en la entidad receptora
- Manejo adecuado de residuos hospitalarios y cumplir con las normas de bioseguridad
- En los procesos de atención no se rehusarán dispositivos médicos.

Después:

- Entregar al facturador de urgencias el formato de traslado asistencial básico diligenciado y firmado por el personal de la institución receptora. (Auxiliar de enfermería).
- Hacer reporte de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados durante el traslado para hacer cargo a la factura del paciente. (Auxiliar de enfermería).
- Diariamente (por turno) el personal de enfermería realiza revisión del stock definido para la ambulancia, y diligencia la lista de chequeo reemplazando los faltantes cada vez que haya hecho uso de ellos.

CONCLUSIONES



- Se debe garantizar el traslado del usuario en forma oportuna y segura hacia la entidad receptora
- Los formatos asociados al procedimiento deben ser diligenciados en forma clara y completa
- Todos los usuarios deben ir con un acompañante durante el traslado.

COMPLICACIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 241 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Demoras en la prestación del servicio.
- Presencia de eventos adverso

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Se debe explicar al usuario y su familia de forma clara y completa sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio a donde se refiere al usuario.

MECANISMO DE SOCIALIZACION Y VERIFICACION DE LA ADHERENCIA



Se realizara socialización al personal del protocolo en mención, y se aplicaran listas de chequeo permanente.

BIBLIOGRAFÍA



- Resolución número 1441 del 6 mayo del 2013.
- LÓPEZ, Jaramillo. J.I; RUBIANO, Escobar. A. Transporte de pacientes en ambulancia terrestre. Disponible en (sitio en internet) <http://www.minproteccion.gov.co>

ANEXOS





**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 242 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

1. Lista de chequeo de los insumos de la ambulancia.

Ítem A Evaluar	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Guantes desechables				
Guantes estéril				
Protector Buconasal (tapabocas)				
Apósitos, Rollos y Torundas				
Esparadrapo				
Micropore				
Sabanas desechables para camilla				
Batas desechable para Pte.				
Cobija para el paciente				
Ambu adultos				
Ambu pediátrico				
Cánula de guedel #0-#5 (1Und de C/U)				
Kit de nebulización adulto (1 Unid de C/U)				
Kit de nebulización pediátrico (1 Unid de C/U)				
Cánula de oxígeno adulto (2 Unid de C/U)				
Cánula de oxígeno pediátrico (2 Unid de C/U)				
Kit ventury adulto (2 Unid de C/U)				
Kit venturi pediátrico (2 Unid de C/U)				
Sonda Nasogástrica				
Sonda Foley				
Sonda Nelaton				
Racor (Conector de O ₂) (1 Unid de C/U)				
Humidificador (2 Unid de C/U)				
Dispositivos Cervicales en todas las tallas (S – M -L)				
Inmovilizadores de MS –MI				
Vendas elásticas				
Tabla rígida con cinta adhesiva de fijación y ½ tabla				
Monogafas (gafas de protección)				
Tijera de trauma (cortatodo)				
Alcohol 70%				
Alcohol glicerinado				
Yodopovidona				
Toallas desechables				
Solución salina normal	6 Und			
Hartman	4 Und			



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 243 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Dextros al 10%	1 Und				
Dextrosa al 5%	2 Und				
Equipos de microgoteo	3 Und				
Equipos de macrogoteo	3 Und				
Buretrol	2 Und				
Jeringas de todos los tamaños	5 Und de c/u				
Catéter numero: 14-16-18-20-22-24 (3 Und de c/u)					
Torniquete					
Ganchos Umbilicales					
Tensiómetro adultos					
Tensiómetro pediátrico					
Ítem A Evaluar.		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Fonendoscopio					
Termómetro					
Lámpara de mano (linterna)					
Pinza de maguill					
Riñonera					
Pato mujeres					
Pato hombres					
Manta térmica aluminizada					
Epinefrina Amp (10 amp de C/U)					
Atropina Amp (10 amp de C/U)					
Sistema de O ₂ medicinal con capacidad de 3 mts cúbicos.(COMPLETO Y LA BALA QUE LE CORRESPONDE A CADA MÓVIL) Cantidad O ₂					
Sistema de O ₂ portátil para desplazamiento de Pte en camilla.					
Manómetro.					
Aspirador de secreciones con dispositivo - succión de repuesto					
Sondas de aspiración de cada calibre					
Teléfono Móvil y Cargador					
Entrega a satisfacción					
Recibe completo:					
Soprote firmado por los tripulantes (quien entrega y quien recibe)					

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 244 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO CONTROL CARRO DE PARO</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	M-G-PH-021
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“No lo que decimos, sino lo que pensamos, es lo que se trasluce en nuestro semblante.” Autor: Florence Nightingale</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	Diciembre 2017
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2013		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

**SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



HUMANIZACIÓN




**ENFOQUE DE
RIESGO**






**GESTIÓN DE LA
TECNOLOGÍA**





	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 245 de 315



Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

El carro de paro es uno de los elementos indispensable en toda área en donde se manejen pacientes o se realicen procedimientos, no existe un protocolo único para armar el carro y este dependerá del tipo de servicio y condiciones de gravedad de los pacientes.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

El carro de paro es una unidad móvil compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos y medicamentos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia medica con amenaza inminente a la vida por paro cardio – respiratorio o por aparente colapso cardiovascular, en los servicios asistenciales del hospital.

OBJETIVOS	  
------------------	---

GENERAL:

- Establecer el protocolo para el manejo adecuado, integral y funcional de los carros de paro en cualquier servicio de Red Salud Armenia E.SE. donde se encuentren, con el fin de asegurar de manera eficiente, eficaz y efectiva la utilización de los equipos, insumos y medicamentos que permitan preservar la vida de los usuarios.

ESPECIFICOS

- Garantizar la disponibilidad de los carros de paro en los servicios donde se debe de tener según normatividad.
- Asegurar el funcionamiento de los carros de para en los servicios donde se encuentren dispuestos.
- Verificar la utilización adecuada y correcta de los carros de paro en Red Salud Armenia E.SE.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 246 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Definir y asignar responsabilidades y funciones para la aplicabilidad del protocolo de carro de paro.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Herramienta orientada al equipo de salud con el propósito de organizar la atención de emergencia en caso de incidente con riesgo vital y a explicitar el procedimiento de derivación pertinente dentro de la Red Asistencial, si corresponde.

POBLACIÓN OBJETO



Todos los usuarios de Red Salud Armenia ESE, según necesidad.

PERSONAL QUE INTERVIENE



Gerencia

Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento de los carros de paro de los diferentes servicios de Red Salud Armenia E.SE.

Calidad y Auditoría

Verificar que las condiciones de los carros de paro de los diferentes servicios de Red Salud Armenia E.SE. cumplan con las exigencias de la normatividad vigente.

Revisar periódicamente a través de la auditoría de campo que las condiciones de operativización de los carros de los diferentes servicios de Red Salud Armenia E.SE estén cumpliendo con los protocolos establecidos.

ALMACEN

Coordinar y asegurar la continuidad y reposición inmediata de los elementos insumos (medico quirúrgicos) de los carro de paro.

Mantenimiento

Garantizar la respectiva realización de los mantenimientos preventivos y/o correctivos para el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 247 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

funcionamiento correcto de los equipos del carro de paro de los diferentes servicios.

Farmacia

Asegurar el suministro inmediato de los medicamentos de cada uno de los carros de paro de los diferentes servicios.

Enfermería

Velar, asegurar, gestionar y garantizar que las condiciones de los carros de paro de los diferentes servicios en Red Salud Armenia E.SE se encuentren en perfecto funcionamiento (Equipos-insumos) y medicamentos.

MATERIALES Y EQUIPO



- Monitor de signos vitales (interfaces y conectado a toma de C/A)
- Desfibrilador (gel, paletas de descarga y conectado a toma de C/A)
- Succionador (cauchos, receptor y conectado a toma de C/A)
- Balón de resucitación auto inflable (AMBU y mascarar faciales con sus respectivos acoples.
- Carro de paro debidamente cerrado.
- Verificación de la semaforización externa del carro de paro (verde, amarillo, rojo)
- Presencia de tijeras, atril, fuente de oxígeno
- Carro de paro limpio y despejado
- Carpeta de carro de paro (actas de apertura, solicitud de insumos y demás anexos actualizados)

Implementación de Carro de Paro.

Básicamente los elementos que debe tener un carro de paro para maniobras de reanimación son los siguientes:

1. Un compartimiento principal o superior en donde se encuentre el monitor desfibrilador.
2. Gaveta para los medicamentos ordenados según si es de primera, segunda línea, de acuerdo a la prioridad de uso.
3. Gaveta de circulación o para materiales endovenosos como jeringas de diverso calibre, elementos para permeabilizar vía periférica, etc.
4. Gaveta de la vía aérea que contendrá material para intubación y oxigenoterapia
5. Gaveta de las infusiones, expansores plasmáticos, sobre de electrodos, tubo conductor,



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 248 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

tijera,

linterna.

DESCRIPCIÓN

GAVETA FARMACOS	
NOMBRE	NUMERO
Adrenalina (1mg/1ml)	20 ampollas
Atropina (1 mg/1ml)	10 ampollas
Lidocaína al 2%	1 vial
Bicarbonato de Sodio 8,4%	5 ampollas
Gluconato de Calcio	5 ampollas
NaCl 10%	5 ampollas
KCL 10%	5 ampollas
Diazepam (2ml/ 10mg)	5 ampollas
Midazolam (5 mg)	5 ampollas
Fenobarbital* 200 mg	4 ampollas
Furosemida (20 mg/	4 ampollas
Adrenalina (1mg/1ml)	20 ampollas
Hidrocortisona (100 mg)	4 ampollas
Dexametasona * 8 mg	5 ampollas
Dobutamina * 250 mg	1 ampolla
Dopamina *200 mg	2 ampolla
METILDIGOXINA. ...0.2 mg/2 ml de betametildigoxina	4 ampollas
Nitroglicerina * 50 mg	1 ampolla
Amiodarona * 150 mg	6 ampollas
Sulfato de magnesio * 2 gramos	7 ampollas
Heparina 250000 unidades frasco/ 5 ml	1 ampolla
GAVETA VIA AEREA	
Ambú con mascarilla adulto y pediátrico.(listos para su uso)	
Laringoscopio con hojas largas y cortas y pilas de repuesto.	
Fuente de oxígeno	
Máscara de oxígeno	
Cánula nasal	
Kit venturi	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 249 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Tubos oro traqueales (TOT) N°	
2.0,2.5,3.0,3.5,4.0,4.5,5.0,5.5,6.0,6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0	
Guías para intubación	
Sondas de aspiración N° 8.0-12 y 14-16	
Guantes estériles	
Jeringa de 20 cc para insuflar cuff	
Fijación para TOT lista.	
GAVETA DE CIRCULACIÓN O PARA MATERIALES ENDOVENOSOS	
Jeringa de 1cc	4
Jeringa de 5cc	4
Jeringa de 10cc	4
Jeringa de 20cc	4
equipo de microgotero	2
Equipo de macrogotero	2
Equipo bomba de infusión desechable	2
Catéteres intravenosos N° 14-16-18-20-22-24- (4 de cada uno)	4 de cada uno
Espadadrapo. De tela grande y micropore	1 de cada uno
Buretrol	2
Tijeras	1
GAVETA DE LAS SOLUCIONES	
Solución Fisiológica al 0,9	2
Ringer Lactato	2
Dextrtosa al 5% y 10%	2 de cada uno
Manitol al 15%	1

INDICACIONES



La responsabilidad del adecuado funcionamiento, utilización y preservación de los carro de paro de Red Salud Armenia ESE es de los enfermeros de cada uno de los servicios :

- URGENCIAS: Enfermer@ jefe de turno y auxiliar de trauma de turno
- HOSPITALIZACION: Enfermer@ jefe de turno y auxiliar de medicamentos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 250 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- SALA DE PARTOS: Enfermer@ jefe de hospitalización y auxiliar de turno.
- El test diario del desfibrilador lo hará el Enfermer@ jefe de la noche.

PROCEDIMIENTO



VERIFICACIÓN DEL CARRO DE PARO

La verificación del carro de paro en cada turno consiste en la revisión de seguridad que avala el estado actual del carro de paro, con el fin de tener mayor control del personal de enfermería que tienen acceso a este, con el fin de garantizar la seguridad de sus implementos que allí reposan, este procedimiento se debe dejar por consignado en el formato de verificación y semaforización del carro de paro diario y debe ser diligenciado por el personal de enfermería con letra legible y nombre claro.

Esta revisión deberá ser realizada por la enfermera y/o auxiliar de enfermería que se encuentre de turno en cada uno de los diferentes servicios donde se cuente con el carro de paro.

En caso de que se encuentre alguna falla, esta debe ser reportada inmediatamente (original y copia) al jefe inmediato para tomar decisiones y realizar su respectivo ajuste, en miras de asegurar la prestación del servicio y evitar futuras complicaciones. (Este informe debe quedar por escrito en la carpeta del carro de paro con los respectivos recibidos).

APERTURA SEMANAL DEL CARRO DE PARO PARA SU VERIFICACIÓN

La apertura semanal del carro de paro se realizará el día viernes de cada semana con el fin de revisar el estado actual del carro de paro y se deben tener en cuenta los diferentes criterios de verificación, este proceso debe ir debidamente respaldado por la acta de apertura de carro de paro y la respectiva lista de chequeo de cada carro de paro debe ser diligenciada completamente (letra clara y nombre completo)

FUNCIONES DE LA ENFERMERA

- En caso de que se encuentre alguna falla, se debe aplicar el proceso mencionado anteriormente (verificación de carro de paro por turno), en el caso que se encuentran faltantes, la enfermera debe investigar el día y turno en que turno se realizó la última apertura y determinar por qué no se reemplazó el medicamento o si hubo irregularidades en el manejo del carro de paro, esto debe ser informado

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 251 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------


inmediatamente al jefe inmediato con una copia adicional a la oficina de calidad.

- Se debe elaborar un informe sobre el estado actual de los medicamentos y/o insumos próximos a vencer (con un mínimo de tres meses antes de su vencimiento), se debe diligenciar el formato de reposición de medicamentos y /o insumos, el cual debe ser diligenciado en su totalidad y reposar una copia en la carpeta del carro de paro de cada servicio.
- Verificar que los medicamentos y/o insumos que ingresan al carro de paro por cambio o reposición tengan un mínimo de 1 año de tiempo de vida útil.
- Se deberá colocar en la parte de adelante los medicamentos y/o insumos con fecha más reciente de vencimiento (lo que primero entra, primero sale) según la semaforización de medicamentos y/o insumos (verde, amarillo y rojo) ver tabla 1.

Tabla 1. Semaforización de medicamentos y/o insumos

SEMAFORIZACIÓN TIEMPO EN MESES	
VERDE	F.V.* Mayor a 8 meses
AMARILLO	F.V.* Entre 3 y 8 meses
ROJO	F.V.* Menor a 3 meses
F.V.*: fecha de vencimiento del medicamento y/o insumo	

- Verificar que en el carro de paro no se encuentre ningún medicamento y/o insumos vencido.
- Velar por la integralidad de los equipos biomédicos estén en perfecto funcionamiento e informar a mantenimiento ante cualquier eventualidad.
- Solicitar por escrito ante Farmacia y/o almacén cualquier cambio ya sea en cantidades o elementos de los carros de paro, debe incluir motivo y el tipo de modificación.
- Dejar cerrado el carro de paro completo con todos los elementos: Medicamentos de acuerdo a los requerimientos del servicio, insumos acordes con el servicio y equipos en funcionamiento conectados en su respectiva toma de C/A.
- El carro de paro debe permanecer cerrado en todo momento garantizando su custodia y seguridad, las novedades que se presenten como faltantes, frente al stock mínimo de cada insumo deben ser reposicionados en un tiempo no mayor de 8 horas y deben estar respaldadas y clarificadas en el acta respectiva, que al mismo tiempo debe contener los soportes de solicitud de reposición (copias) y debe tener la semaforización externa de la siguiente manera:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 252 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

SEMAFORIZACIÓN CRITERIO VALORES		
VERDE	Carro de paro sin novedades	Completo
AMARILLO	Carro de paro con novedades	Medicamentos y/o insumos en proceso de reposición para garantizar stock mínimo (tiempo de reposición 8 horas).
ROJO	Carro de paro con novedades prioritarias	Falta de medicamentos y/o insumos, de tal manera que no se garantiza la atención segura en caso de Emergencia. (Reposición inmediata).

FUNCIONES DE LA FARMACIA

- Recopilar la información de los medicamentos informados por cada uno de los diferentes servicios para la
- Respectiva reposición teniendo en cuenta que su fecha de vencimiento sea mayor de un año.
- Garantizar que los medicamentos cumplan con las normas mínimas y de calidad que se requiere para los productos farmacéuticos.
- Cumplir con las condiciones de almacenamiento para los productos farmacéuticos
- Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los medicamentos de manera inmediata con un lapso no mayor de ocho (8) horas.
- Recopilar la información de los insumos informados por cada uno de los diferentes servicios para la respectiva reposición teniendo en cuenta que su fecha de vencimiento sea mayor a un año.
- Garantizar que los insumos cumplan con las normas mínimas y de calidad que se requieren para los productos medico quirúrgicos.
- Cumplir con las condiciones de almacenamiento para los productos medico quirúrgicos
- Garantizar la disponibilidad y oportunidad de los insumos médico-quirúrgicos cuyo stock este en amarillo de manera inmediata con un lapso mayor de 8 horas.
- Suministrar los respectivos sticker para la semaforización de los medicamentos y/o insumos de los carros de paro.
- La contingencia tras alguna eventualidad no esperada, se garantizara a través de la compra y reposición de estos por caja menor.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 253 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

FUNCIONES DE MANTENIMIENTO

- Garantizar que los equipos biomédicos del carro de paro se encuentren incluidos dentro del cronograma de mantenimiento.
- Asegurar que se realicen los respectivos mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos del carro de paro
- Disponer de equipos de reemplazo y/o reserva en caso de que alguno de los equipos biomédicos presenten avería o daño y requieran un mantenimiento correctivo.
- Velar por el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos del carro de paro, (todo lo anterior debe reposar en las respectivas hojas de vida de cada uno de los equipos).

APERTURA POR CODIGO AZUL

- La apertura del carro de paro tras la activación de un código azul originado por una urgencia que coloque en riesgo inminente la continuidad e integralidad de la vida, este proceso debe ir debidamente respaldado por la acta de apertura de carro de paro y la respectiva lista de chequeo de cada carro de paro, que debe ser diligenciada completamente (letra clara y nombre completo) por la enfermera y/o la auxiliar de enfermería responsable. Se debe tener en cuenta la revisión de los criterios de verificación internos y externos mencionados anteriormente.

PRECAUCIONES



- El carro de paro debe permanecer cerrado con candado, de forma tal que garantice la custodia de los elementos allí contenidos.
- Se debe tener anexo listado de medicamentos, insumos y equipos deben reposaren la carpeta del carro de paro y las tijeras para su apertura en caso de urgencias.
- Los Medicamentos, Insumos y equipos deben homologarse de acuerdo a los servicios de urgencias y hospitalización y a las exigencias de la normatividad vigente.
- Se deben sacar del carro de paro TODO insumo o Medicamento que NO pertenezca a los contenidos en el protocolo.

CONCLUSIONES



- El carro debe poseer ruedas que lo hagan fácilmente desplazable con cajones y carteles bien visibles.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 254 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Debe estar en un lugar fácilmente accesible, sin nada que lo obstruya o dificulte su desplazamiento.
- Debe permanecer enchufado.
- Su ubicación debe ser de conocimiento obligado de todo el personal que labora en cada servicio..
- Debe contener sólo el material imprescindible para una reanimación cardiopulmonar y no para tratar eventuales emergencias médicas. La acumulación de material dificulta su accesibilidad en el momento de atender una verdadera emergencia.
- Debe existir el número suficiente de recambios de cada instrumento y medicación que puedan precisarse durante una reanimación (no se puede perder tiempo en ir a buscarlos a otro lugar o la farmacia).
- El material debe estar siempre fácilmente visible y ordenado.
- Todo el personal médico, de enfermería y técnico paramédico deberá conocer el contenido y la disposición del material y medicación del carro.
- Será responsabilidad de la enfermera de turno o de quien ella designe revisar periódicamente el perfecto orden del material del carro, así como la existencia de suficientes recambios de cada instrumental y la fecha de caducidad de los medicamentos, para ello se creará una hoja de control de material que incluya la fecha de revisión y firma del responsable.

COMPLICACIONES



Si no se realiza reposición de los medicamentos o insumos gastados en los tiempos establecidos se corre el riesgo de no prestar una adecuada atención de urgencias.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



No aplica

BIBLIOGRAFÍA



Resolución 1441 de mayo del 2013.



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 255 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

ANEXOS



1. ACTA APERTURA CARRO DE PARO.

FECHA	
HORA	
NOMBRE DEL PACIENTE	
NUMERO DOCUMENTO	
DIAGNOSTICO	
MEDICO	
ENFERMERA	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	
AUXILIAR DE FARMACIA	

2. INVENTARIO DEL CARRO DE PARO

INVENTARIO CARRO DE PARO.			
GAVETA # 1 MEDICAMENTOS			
		GASTO	QUEDA
Adrenalina (1mg/1ml)	20 ampollas		
Atropina (1 mg/1ml)	10 ampollas		
Lidocaína al 2%	1 vial		
Bicarbonato de Sodio 8,4%	5 ampollas		
Gluconato de Calcio	5 ampollas		
NaCl 10%	5 ampollas		
KCL 10%	5 ampollas		
Diazepam (2ml/ 10mg)	5 ampollas		
Midazolam (5 mg)	5 ampollas		



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 256 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Fenobarbital* 200 mg	4 ampollas		
Fenitoína * 250 mg	4 ampollas		
Furosemida (20 mg/)	4 ampollas		
Hidrocortisona (100 mg)	4 ampollas		
Dexametasona * 8 mg	5 ampollas		
Dobutamina * 250 mg	1 ampolla		
Dopamina *200 mg	2 ampollas		
Vasopresina * 20 unidades	2 ampollas		
Metildigoxina 0.2 mg/2 ml de betametildigoxina	4 ampollas		
Nitroglicerina * 50 mg	1 ampolla		
Amiodarona * 150 mg	6 ampollas		
Sulfato de magnesio * 2 gramos	7 ampollas		
Gluconato de calcio	2 ampollas		
Heparina 250000 unidades frasco/ 5 ml	1 ampolla		
GAVETA # 2			
Ambú con mascarilla adulto y pediátrico.(listos para su uso)	1 de c/u		
Laringoscopio con hojas largas y cortas y pilas de repuesto.	1 de c/u		
Fuente de oxígeno	2		
Máscara de oxígeno	1		
Cánula nasal	1		
Kit venturi	1		
Tubos oro traqueales (TOT) N° 2.0,2.5,3.0,3.5,4.0,4.5,5.0,5.5,6.0,6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0	3 de c/u		
Guías para intubación pdt y adulta	1 de c/u		
Sondas de aspiración N° 8.0-12 y 14-16	1 de c/u		
Guantes estériles	2 de c/u		
Guantes limpios	1 caja		
Jeringa de 10 cc para insuflar cuff	1		
fijación para TOT lista.	5		
GAVETA # 3 - CIRCULACION O MATERIALES ENDOVENOSOS			
Jeringa de 1cc	4		
Jeringa de 5cc	4		



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 257 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Jeringa de 10cc	4		
Jeringa de 20cc	4		
Equipo de macrogotero	2		
Equipo de microgotero	2		
Equipo bomba de infusión desechable	2		
Catéteres intravenosos Nº 14-16-18-20-22-24	4 de c/u		
Espadrapo. De tela grande y micropore	1 de c/u		
Buretrol	2		
Tijeras	1		
GAVETA # 4 - GAVETA DE SOLUCIONES			
Solución Fisiológica al 0,9	2		
Ringer Lactato	2		
Dextrtosa al 5% y 10%	2 de c/u		

ENFERMERA DE TURNO _____

AUX. ENFERMERIA TURNO _____

NOMBRE PTE _____

DCTO _____

FECHA _____

HORA _____

INVENTARIO CARRO DE PARO.				
GAVETA # 1 MEDICAMENTOS				
Adrenalina (1mg/1ml)	20 ampollas			



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 258 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Atropina (1 mg/1ml)	10 ampollas			
Lidocaína al 2%	1 vial			
Bicarbonato de Sodio 8,4%	5 ampollas			
Gluconato de Calcio	5 ampollas			
NaCl 10%	5 ampollas			
KCL 10%	5 ampollas			
Diazepam (2ml/ 10mg)	5 ampollas			
Midazolam (5 mg)	5 ampollas			
Fenobarbital* 200 mg	4 ampollas			
Fenitoína * 250 mg	4 ampollas			
Furosemida (20 mg/)	4 ampollas			
Hidrocortisona (100 mg)	4 ampollas			
Dexametasona * 8 mg	5 ampollas			
Dobutamina * 250 mg	1 ampolla			
Dopamina *200 mg	2 ampollas			
Vasopresina * 20 unidades	2 ampollas			
Metildigoxina 0.2 mg/2 ml de betametildigoxina	4 ampollas			
Nitroglicerina * 50 mg	1 ampolla			
Amiodarona * 150 mg	6 ampollas			
Sulfato de magnesio * 2 gramos	7 ampollas			
Gluconato de calcio	2 ampollas			
Heparina 250000 unidades frasco/ 5 ml	1 ampolla			
GAVETA # 2				
Ambú con mascarilla adulto y pediátrico.(listos para su uso)	1 de c/u			
Laringoscopio con hojas largas y cortas y pilas de repuesto.	1 de c/u			
Fuente de oxígeno	2			
Máscara de oxígeno	1			
Cánula nasal	1			
Kit venturi	1			
Tubos oro traqueales (TOT) N° 2.0,2.5,3.0,3.5,4.0,4.5,5.0,5.5,6.0,6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0	3 de c/u			
Guías para intubación pdt y adulta	1 de c/u			



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 259 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Sondas de aspiración Nº 8.0-12 y 14-16	1 de c/u			
Guantes estériles	2 de c/u			
Guantes limpios	1 caja			
Jeringa de 10 cc para insuflar cuff	1			
fijación para TOT lista.	5			
GAVETA # 3 - CIRCULACION O MATERIALES ENDOVENOSOS				
Jeringa de 1cc	4			
Jeringa de 5cc	4			
Jeringa de 10cc	4			
Jeringa de 20cc	4			
Equipo de macrogotero	2			
Equipo de microgotero	2			
Equipo bomba de infusión desechable	2			
Catéteres intravenosos Nº 14-16-18-20-22-24	4 de c/u			
Espadrapo. De tela grande y micropore	1 de c/u			
Buretrol	2			
Tijeras	1			
GAVETA # 4 - GAVETA DE SOLUCIONES				
Solución Fisiológica al 0,9	2			
Ringer Lactato	2			
Dextrtosa al 5% y 10%	2 de c/u			

REGENTE DE FARMACIA _____

ENFERMERA DE TURNO _____

AUX. ENFERMERIA TURNO _____

NOMBRE PTE _____

DCTO _____

FECHA _____


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 260 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

HORA _____


3. LISTA DE CHEQUEO

LISTA DE CHEQUEO EN ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CARRO DE PARO			
Objetivo:			
Periodicidad			
Responsable:			
FECHA:		TURNO:	
NOMBRE OBSERVADO :			
SERVICIO:			
ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El carro de paro del servicio fue verificado su candado de seguridad en la entrega de turno (numero del candado)			
Si el carro está abierto se responsabilizara el enfermero jefe y el auxiliar encargado salientes y harán reposicione y ajustes para dejarlo sellado y cerrado antes de irse.			
El carro está semaforizado externamente			
El sistema de presión positiva o Ambú está listo para utilizar, fue probado por la enfermera Jefe de turno y funciona correctamente conectado a la fuente de oxígeno con su racor			
Los equipos están conectados a las fuentes de electricidad			
El gel, los electrodos del monitor y el desfibrilador están listos.			
El aspirador esta armado, funcionando y con sonda nueva, sellada para su uso.			
La sala de reanimación está despejada y lista			
Se dijo durante la entrega de turno que auxiliares intervienen el código azul.			
Es claro que la enfermera y la auxiliar a cargo harán conteo y reposición de los insumos y medicamentos del carro de paro y además el orden de la sala de reanimación.			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 261 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Se hicieron las actas de apertura del carro se le notifico a farmacia para la reposición de medicamentos e insumos y se hizo revisión fechas de vencimiento o próximas a vencerse y se hizo la respectiva reposición.			
Se hizo la reposición a nombre del paciente que se atendió.			
Los equipos quedaron lavado y desinfectados (laringoscopio/hojas de laringo)			
el Ambú se lavó, se secó y se hizo reposición de la bolsa de oxígeno			
Las hojas de laringo tienen sus bombillos funcionando adecuadamente.			
La camilla se lavara y se desinfectara después del código azul.			
Se verificara que la operaria haga un aseo terminal de la sala, que todo quede seco y desinfectado			
REVISION MENSUAL			
Se hará en coordinación con el encargado de farmacia (regente y la enfermera Jefe).			
El profesional de enfermería revisara equipos, tabla de reanimación, pilas para laringo de reposición (nuevas) aspirador, desfibrilador, monitor multiparametros, papel para registro.			
Una vez a completo, limpio y semaforizado interna y externamente se cerrará con candado, se firman el acta enfermera y encargado de farmacia.			
Las hojas de vida de los equipos están revisadas y actualizadas (desfibrilador, monitor multiparámetros, aspirador, electrocardiograma).			

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 262 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO DE RETIRO DE PUNTOS</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Las mujeres anhelan una educación que les enseñe a enseñar, que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas.” Florence Nightingale</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN




ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 263 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---




El cierre adecuado de una herida a través de la sutura permite que la cicatrización ocurra satisfactoriamente, reduciendo las posibilidades de complicaciones durante la fase de reparación de tejidos. Por lo cual se debe tener un conocimiento detallado de los distintos materiales e instrumentos, así como el dominio de las técnica para el retiro de puntos, en tal sentido debido a la importancia que reviste el manejo de las heridas, este protocolo describe los aspectos básicos del retiro de puntos de forma general, destacando los cuidados y precauciones en la aplicación de la técnica, con el objetivo de mejorar los resultados.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---




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

OBJETIVOS	  
------------------	---

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal de salud que labora en Red Salud Armenia ESE, brinden una atención adecuada al realizar el procedimiento de retiro de suturas de heridas.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	  
-----------------------------	---

Enfermeras y auxiliares de enfermería de Red Salud Armenia E.S.E


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 264 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

POBLACIÓN OBJETO


Todos los usuarios pertenecientes a la población del objeto contractual quienes requieran el servicio.

PERSONAL QUE INTERVIENE




- Enfermeras
- Auxiliar de Enfermería

MATERIALES Y EQUIPO



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

INDICACIONES



Paciente con herida cicatrizada, quien por orden medica ya es tiempo de retirar la sutura.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 265 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO



- Explicar el procedimiento al paciente
- Lavarse las manos.
- Desprender el micropore o esparadrappo, desde los extremos, hacia el centro, dejando los extremos de ésta sobre el apósito.
- Retirar el apósito.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Limpiar con suero fisiológico, desde el área limpia al área sucia.
- Valorar la cicatrización de la herida: comprobar que los márgenes de la herida se han cerrado perfectamente y m en caso contrario , no retirar los puntos o quitarlos de forma alterna.
- Movilizar los puntos con pinzas y cortarlos con bisturí o tijera apropiada.
- Se retiran los puntos desde el centro de la herida.
- Aplicar antiséptico, colocar apósitos si es necesario y fijar con micropore o esparadrappo.
- Retirar el equipo, ordenar y despejar el área.
- Desechar material, según normas de precaución universal.
- Sacarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar la actividad.

PRECAUCIONES



- Mantener la privacidad del paciente.
- Observar cicatrización de la herida, referir a médico si es necesario.
- El periodo de tiempo desde la sutura hasta su retirada será normalmente de 7 días (variando según la localización de la herida y del tipo de sutura: en la cara 5 días, en espalda 10 días).

CONCLUSIONES



El retiro de suturas es un procedimiento para quitar las suturas de la piel. Las suturas se usan

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 266 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

para cerrar una herida. El retiro de suturas ayudan a prevenir la cicatrización y el daño al tejido.

Las suturas se retiren normalmente de 7 a 10 días. Las suturas de su cara deben retirarse de 3 a 5 días. Las suturas en su cuero cabelludo deben retirarse de 7 y 14 días. Las suturas en sus articulaciones deben permanecer por 14 días porque las articulaciones se doblen y se mueven frecuentemente.

El paciente tiene el derecho de participar en la planificación de su cuidado. Se le debe enseñar sobre su condición y como darle tratamiento.

COMPLICACIONES



Si se retiran los puntos cuando la herida aún no ha cicatrizado se puede causar dehiscencia de la herida o infección, se no se siguen las recomendaciones para el cuidado de las mismas.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Se deben enseñar medidas higiénicas adecuadas para proteger la cicatriz durante el baño o la ducha si esta, por sus características, no debe mojarse, la forma de cambiar el apósito y las medidas de asepsia a utilizar, los signos y síntomas que indican infección u otra complicación de la cicatriz y las medidas de fotoproteccion en la cicatriz.

BIBLIOGRAFÍA




- <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Manual%20de%20normas%20tecnicas%20y%20procedimientos%20CESFAM%202011.pdf>

ANEXOS



7. LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZAR RETIRO DE PUNTOS

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 267 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar el retiro de puntos de forma correcta

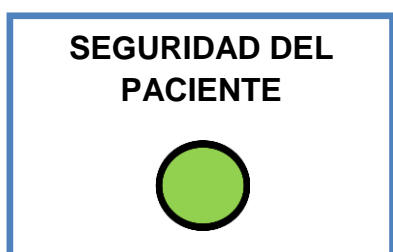
PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Realiza lavado de mano según protocolo				
Explica el procedimiento				
Ubica la paciente en la posición adecuada preservando su intimidad				
Realiza el retiro de puntos como se describe en el protocolo				
Enseña al el paciente signos de alarma, y cuidados para prevenir complicaciones				
Registra hallazgos en la historia clínica y remite según necesidad				
Informa cita de control si se indicara.				


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 268 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------




<h2>PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE DIU</h2>	UBICACIÓN:	SERVICIOS AMBULATORIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>"Cualquier cosa que se quiere decir sólo hay una palabra para expresarla, un verbo para animarla y un adjetivo para calificarla". Maupassant, Guy :</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN





	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 269 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre cada embarazo, esto se logra mediante la aplicación de diferentes métodos.

Dentro de los diferentes fines de la planificación familiar, se encuentran: el retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado; la planificación familiar permite concretar el número de hijas e hijos que están planeados, en el momento o en los momentos deseados.


Hay diferentes formas y métodos de planificación familiar, sin embargo, todos tienen un mismo fin. Cada método es diferente y su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

Un dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo temporal para las mujeres que se inserta en el útero. El útero es donde se desarrolla el feto durante el embarazo. Existen dos tipos de DIU: de liberación hormonal y de cobre. Ambos tienen la forma de una letra "T" y poseen un pequeño cordel adherido a ellos.

El DIU de liberación hormonal libera la hormona progestina, en tanto que el DIU de cobre libera iones de cobre. El DIU de liberación hormonal se puede dejar en el organismo durante cinco años antes de cambiarlo. El DIU de cobre se puede dejar 10 años. Una vez que el dispositivo se extrae, la mayoría de las mujeres puede quedar embarazada nuevamente.

Los DIU no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual. Esta técnica realizada

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 270 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

por médico o enfermera debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a la usuaria post aplicación.

OBJETIVOS



Brindar a mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Enfermeras de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Mujeres en edad fértil que a los que se les presta servicios en Red Salud Armenia ESE.

PERSONAL QUE INTERVIENE



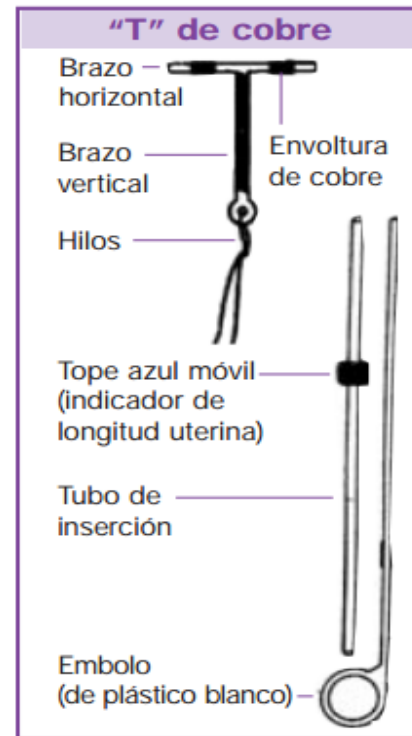
- Enfermeras

MATERIALES Y EQUIPO



Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Equipo de inserción (Pinzas, tijeras, histerometro)
- Solucion desinfectantes
- Gasas
- Guantes limpios, esteriles



INDICACIONES




Este procedimiento está indicado para prevenir el embarazo. A mujeres en edad fértil que cumplan con los siguientes requisitos:

- Mujeres que tenga mínimo un embarazo hasta tres partos
- Mujeres que no se adhieran a los otros métodos de planificaciones familiar
- Mujeres que deseen planificar a largo plazo (más de dos años)
- Solo sirve para mujeres con una pareja estable, porque lo contrario el riesgo de contraer una ITS es mayor si tiene varias parejas.

PROCEDIMIENTO



Previa prueba de embarazo negativa reciente o durante la menstruación:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 272 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

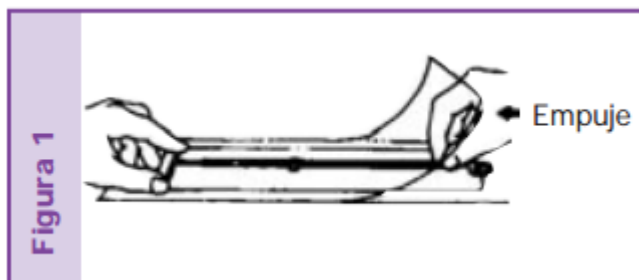
TECNICA DE INSERCIÓN:

- Explique a la usuaria el procedimiento a realizar y haga el firmar el consentimiento informado.
- Pasos previos:
- Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
- Colóquese guantes limpios y realice inserción del especulo fijando el cuello.
- Cámbiese de guantes por unos estériles
- Limpie el cuello y la vejiga con una solución antiséptica.
- Limpie el cuello, tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi (labio posterior si el útero está en retroversoflexion) y mantenga una tracción suave durante todo el procedimiento. (esta maniobra reduce angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial, facilitando la inserción.)
- Mida la cavidad endometrial con histerometro hasta tocar el fondo uterino.
- Preparación del DIU:
- Es preferible usar la técnica de inserción “sin tocar” que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes estas en la envoltura estéril.

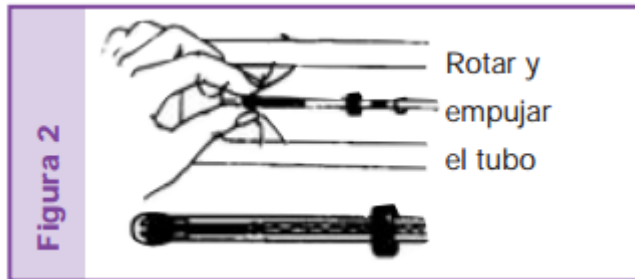
Asegúrese que el brazo vertical de la T este complemente dentro del tubo de inserción.

- Coloque el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba. Abra parcialmente el envase desde el extremo marcado “Abrir”, aproximadamente hasta la mitad del tope azul indicador de longitud uterina.
- Coloque el embolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la “T”.
- A través de la cubierta de plástico transparente, tome con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la “T”, y dóblelos hacia el cuerpo de la “T” hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción, mientras con la otra mano maniobra el tubo para facilitar la introducción. (Figura 1 y 2).

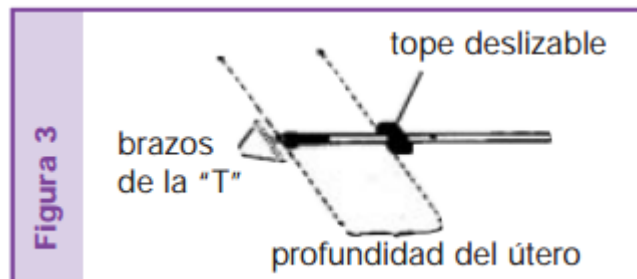
Advertencia: El DIU no debe permanecer más de 5 minutos dentro del tubo de inserción para que, al liberarlo, la apertura de los brazos se recupere rápida y correctamente.



Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

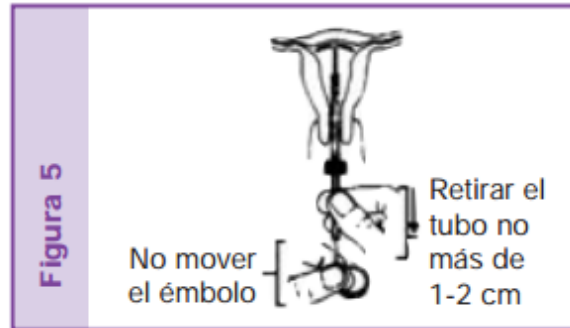


- Ajuste el tope azul (marcador de longitud uterina), con ayuda de la escala impresa en la etiqueta colocada en el envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerometro. El tope debe ubicarse en el mismo plano de los brazos de la "T". (Figura 3)



- Inserción del DIU:
- Introduzca lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargada.
- Avance hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope azul quede en contacto con el cuello. Asegúrese de que el tope este en un plan horizontal. (Figura 4).

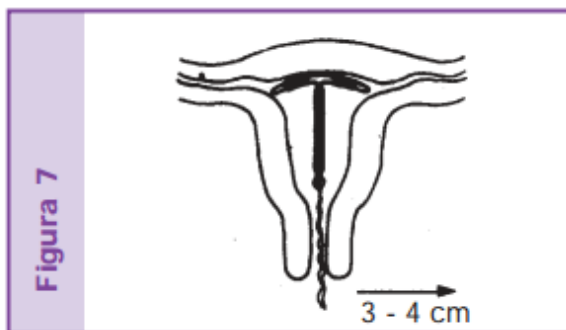
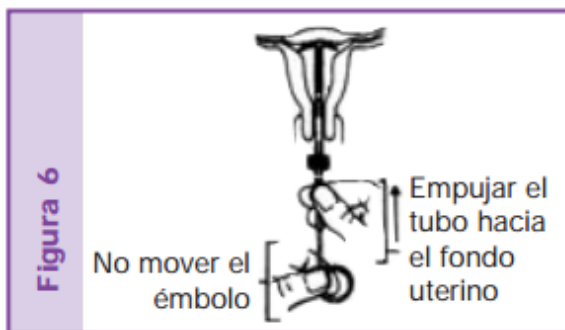
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



Con una mano, mantenga el embolo fijo mientras, con la otra mano, retira el tubo de inserción no mas de 1-2cm. De este modo se abrirán los brazos de la “T”. (Figura 5).

Una vez que los brazos han sido liberados, empuje cuidadosamente el tubo de inserción hacia el fondo uterino, hasta que sienta una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la “T” queden lo más arriba posible en el útero. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fono. (Figura 6).


Retira lentamente del canal cervical: saque primero el embolo (Manteniéndolo el tubo de inserción fijo) y retire luego el tubo de inserción. Corte los hilos del dispositivo 3 o 4 cm del orificio cervical. (Figura 7).



- Retire el especulo suavemente, sin tirar el cuello uterino.
- Ayude a la mujer a bajar de la camilla lentamente (esté alerta a un posible mareo) y bríndele la consejería apropiada.
- Deseche los restos del material utilizado en las respectivas canecas.

TECNICA DE EXTRACION:

- Explique a la usuaria el procedimiento a realizar y haga el firmar el consentimiento informado.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 275 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Pasos previos:
- Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
- Colóquese guantes limpios y realice inserción del especulo fijando el cuello.
- Cámbiese de guantes por unos estériles
- Limpie el cuello y la vejiga con una solución antiséptica.
- Traccione suavemente, con una pinza, de los hilos del dispositivo. No los tome de las puntas sino de un punto lo más alto posible. Una excesiva fuerza en la tracción puede cortarlos.
- Retire el especulo suavemente, sin tirar el cuello uterino.
- Ayude a la mujer a bajar de la camilla lentamente (esté alerta a un posible mareo) y bríndele la consejería apropiada.
- Deseche los restos del material utilizado en las respectivas canecas.
- Se tendrá en cuenta que la mujer también puede experimentar alguna molestia, como dolor tipo cólico, sangrado o mareo, por lo que deberá contemplarse su recuperación.


PRECAUCIONES



Los DIU no son para todas las mujeres. Algunos factores pueden hacer que una mujer no sea una buena candidata para la inserción de un DIU, como estar embarazada o tener:

- Hemorragia vaginal de causa desconocida
- Útero deformado
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Antecedentes de infección pélvica después del parto o un aborto en los últimos tres meses
- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica , a menos que haya tenido un embarazo normal desde entonces
- Enfermedad de transmisión sexual u otra infección en el área pélvica
- Mayor riesgo de infecciones pélvicas (p. ej., más de una pareja sexual, problemas con su sistema inmunitario)
- Cáncer cervical o uterino
- Hepatopatía o cáncer de hígado (para el DIU de liberación hormonal)
- Cáncer de seno (para el DIU de liberación hormonal)
- Alergia al cobre (para el DIU de cobre)
- Enfermedad de Wilson (para el DIU de cobre)

A demás se debe de tener en cuenta:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 276 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- ✚ No recoja ningún componente del envase que haya caído al suelo o sobre la mesa
- ✚ No vaciar el contenido del envase en la bandeja de instrumental.
- ✚ No utilizar el émbolo para medir el largo de la cavidad uterina
- ✚ La T de cobre estéril es para uso único y no debe ser reutilizada.

CONCLUSIONES



- Mantiene una alta eficacia de cinco diez años.
- Debe ser insertado y retirado por un profesional entrenado, asegurando fácil acceso a servicios de extracción si se desea interrumpir el método.
- Ser insertado post-parto y post-aborto inmediato.
- Requiere consejería adecuada, técnica aséptica y examen pelviano.
- Las menstruaciones pueden ser más abundantes y prolongados, sobre todo al comienzo de su uso.
- No es un buen método para la mujer expuesta a un alto riesgo de contraer ITS.

COMPLICACIONES



Las complicaciones graves son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos, pueden incluir:

- Calambres
- Hemorragia anormal y aumento del goteo intermenstrual por algunos meses
- Dolor al menstruar
- El DIU se cae del útero a la vagina o por completo desde la vagina.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



- Se debe de programar junto con la paciente la cita de control para dentro de 3 a 6 semanas
- (Preferiblemente luego de su menstruación) para realizar un examen pelviano y controlar los hilos del DIU. Después del control seguirá con citas de forma anual.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 277 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Asegurarse que ella sepa que el DIU fue colocado y su duración.
- Proporciónese un registro escrito de la fecha de colocación y de la fecha en que deberá ser retirado.
- Explique:
 - + Que puede experimentar dolor tipo cólico durante los dos primeros días posteriores a la inserción. Puede tomar un analgésico.
 - + Que puede tener una secreción vaginal un poco más abundante durante algunas semanas.
 - + Que puede tener menstruaciones más abundantes y prolongadas, así como sangrados intermenstruales, especialmente durante los primeros meses.

BIBLIOGRAFÍA



- <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aficheDIU1.pdf>
- http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=267
- Norma técnica de para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres

ANEXOS



8. LISTA DE CHEQUEO PARA INSERCIÓN O RETIRO DEL DIU

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar inserción del dispositivo intrauterino..

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Revisa los exámenes solicitados a la paciente, firma consentimiento informado				
Explica el procedimiento				
Prepara el equipo a utilizar				
Realiza lavado de manos según protocolo				
Se Coloca los guantes limpios				



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 278 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Realiza fijación de cuello uterino segun la técnica descrita				
Realiza cambios de guantes a esteriles.				
Realiza en procedimiento de asepsia y antisepsia, preparación del DIU				
Realiza la insercion del DIU según la técnica descrita				
Realiza retiro del DIU según la técnica descrita				
Retira el especulo sin complicación				
Desecha el material en las canecas respectivas				
Informa a la usuaria sobre el cuidado y asigna cita de control				



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
 Versión: 1
 Fecha de elaboración: 31/03/2014
 Fecha de revisión: 21/05/2014
 Página: 279 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO DE INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO</h2>	UBICACIÓN:	TODOS LOS SERVICIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>“Cuando menos lo esperamos, la vida nos coloca delante de un desafío y pone a prueba nuestro coraje y nuestra voluntad de cambio”</i> Paulo Coelho	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN


**SEGURIDAD DEL
PACIENTE**



HUMANIZACIÓN




**ENFOQUE DE
RIESGO**




**GESTIÓN DE LA
TECNOLOGÍA**




	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 280 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre cada embarazo, esto se logra mediante la aplicación de diferentes métodos.

Dentro de los diferentes fines de la planificación familiar, se encuentran: el retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos y limitación definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado; la planificación familiar permite concretar el número de hijas e hijos que están planeados, en el momento o en los momentos deseados.


Hay diferentes formas y métodos de planificación familiar, sin embargo, todos tienen un mismo fin. Cada método es diferente y su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar.

DEFINICIÓN	  
-------------------	---
















JADELLE: Es un preparado anticonceptivo con sólo progestágeno para uso a largo plazo (hasta 5 años), que se inserta debajo de la piel. El producto contiene dos implantes para inserción subdérmica. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel.

La tasa de liberación de levonogestrel es de aproximadamente de 100 µg/día en el primer mes siguiente a la inserción, para disminuir a aproximadamente 40 µg/día al cabo de 1 año, 30 µg/día después de 3 años y alrededor de 25 µg/día después de 5 años.

IMPLANON: Es un implante que contiene 68 mg de etonogestrel; la velocidad de liberación es 60-70 µg/día en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente: hasta 35-45 µg/día al final del primer año, a 30-40 µg/día al final del segundo año y a 25-30 µg/día al final del tercer año.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 281 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

OBJETIVOS	  
<p>Brindar a mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.</p>	
ÁMBITO DE APLICACIÓN	  
<p>Profesionales de medicina y enfermería con entrenamiento y/o certificación para inserción o retiro de implantes subdermicos.</p>	
POBLACIÓN OBJETO	  
<p>Mujeres en edad fértil que a los que se les presta servicios en Red Salud Armenia ESE.</p>	
PERSONAL QUE INTERVIENE	  
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras • Médicos • Auxiliar de Enfermería 	
MATERIALES Y EQUIPO	  
<ul style="list-style-type: none"> • Implantes subdermicos • Guantes esteriles 	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 282 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Guantes limpios
- Gasas
- Desinfectantes
- Trocar
- Bisturi
- Vendaje
- Tapabocas

INDICACIONES



- Aunque se ha demostrado la eficacia clínica y la seguridad en mujeres entre 18 y 40 años, se puede utilizar en menores siempre y cuando no se presenten las contraindicaciones descritas adelante.
- Mujeres que deseen planificar a largo plazo (más de dos años)
- Mujeres que no se adhieran a los otros métodos de planificaciones familiar
- Mujeres que no presenten sobrepeso u obesidad.

PROCEDIMIENTO



JADELLE: se suministra en un envase estéril que contiene dos implantes precargados en un aplicador de un solo uso. Se requiere una adecuada formación para llevar a cabo los procedimientos de inserción y extracción, que serán realizados preferentemente por un profesional sanitario; se deben seguir estrictamente las instrucciones del fabricante.

Los implantes se insertan mediante el aplicador a nivel subdérmico. Debe mantenerse una asepsia estricta. La inserción debe hacerse en la cara interna de la parte superior del brazo izquierdo en las mujeres diestras y del brazo derecho en las zurdas, aproximadamente a 8 cm por encima del pliegue del codo.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

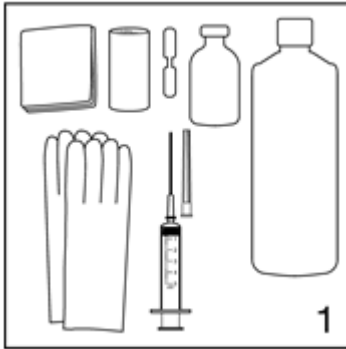


Figura 1
Se necesita el siguiente equipamiento para insertar implantes:

- una camilla para que se tumbe la paciente y otra auxiliar o una base para colocar su brazo,
- una bandeja para el equipo, paños quirúrgicos estériles, guantes estériles y desinfectante para la piel,
- anestésico local, una aguja para el anestésico (5 – 5,5 cm de longitud) y una jeringa (2 - 5 ml),
- puntos adhesivos en mariposa, gasas y compresas.

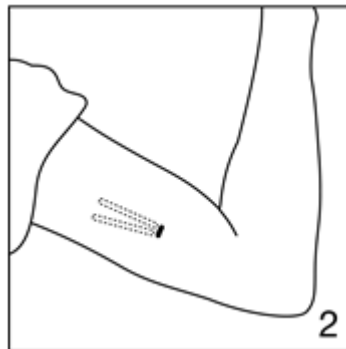


Figura 2
Solicite a la paciente que se tumbe en la camilla y que extienda el brazo no dominante sobre un paño estéril encima de la camilla auxiliar, en ángulo recto con el cuerpo. Limpie la parte superior del brazo de la paciente con una solución antiséptica y cúbralo con un paño fenestrado estéril. El área correcta de inserción es la parte media del brazo a aproximadamente 6-8 cm por encima del pliegue del codo. Los implantes se insertarán subcutáneamente a través de una incisión, en forma de V estrecha, como se muestra en la figura

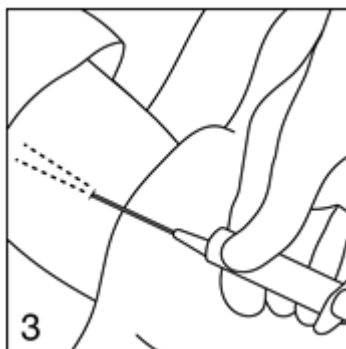


Figura 3
Cargue la jeringa con unos 2 – 4 ml de anestésico local. Anestesia el área de inserción introduciendo la aguja subcutáneamente unos 5 a 5,5 cm en las direcciones en las que piense insertar los implantes.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

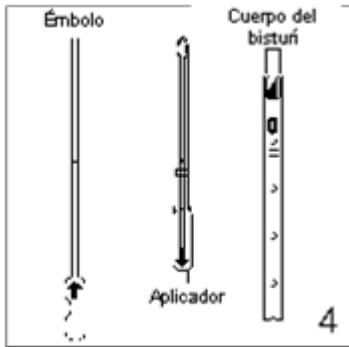


Figura 4
Esta figura muestra los componentes del aplicador. Abra el envase de JADELLE. Saque el aplicador del interior del cuerpo del bisturí que lo protege. Tenga cuidado para que no se caigan los implantes que están dentro del aplicador listos para su inserción. El émbolo está aparte en el envase.

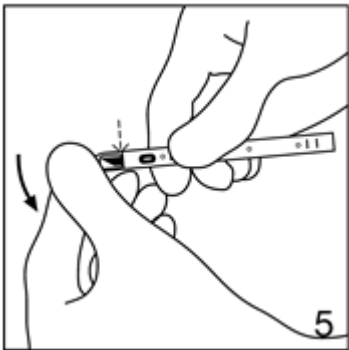


Figura 5
Retire la protección de la cuchilla del bisturí.

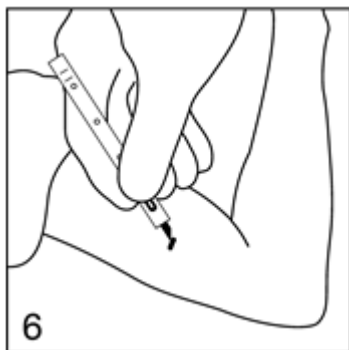


Figura 6
Realice una incisión de unos 3 mm en la piel en la cara medial del brazo con el bisturí, aproximadamente unos 6 – 8 cm por encima del pliegue del codo.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

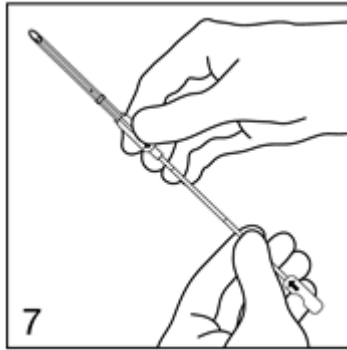


Figura 7
Sujete el aplicador con la flecha del cuerpo apuntando hacia arriba. Manténgalo en esta posición durante toda la inserción. Inserte el émbolo por el extremo romo del aplicador, de forma que se pueda ver la flecha de la caña del émbolo, con la muesca de la caña apuntando hacia la izquierda. Empuje el émbolo hasta donde penetre con facilidad (aproximadamente 1 cm). Los implantes se pueden empujar ligeramente hacia delante.

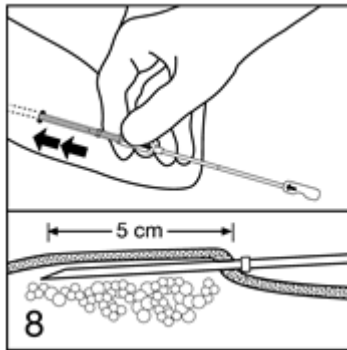


Figura 8
Los implantes se tienen que insertar justo debajo de la piel. Introduzca bajo la piel el aplicador a través de la incisión. Para facilitar la inserción subcutánea se puede levantar la piel ligeramente con el aplicador como se indica en la parte inferior de la figura. Avance el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo. No fuerce el aplicador. Si nota alguna resistencia, inténtelo en otra dirección

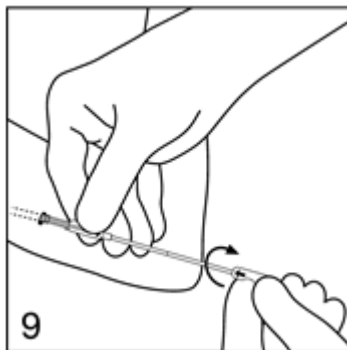


Figura 9
Una vez introducido el aplicador hasta el anillo, gire el émbolo media vuelta. Tenga cuidado de no empujar el émbolo. La muesca de la caña del émbolo estará ahora apuntando hacia la derecha

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

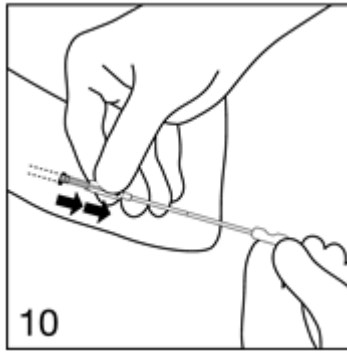


Figura 10
Libere el primer implante manteniendo en su sitio el émbolo y extrayendo suavemente el aplicador de la incisión hasta que el émbolo lo pare. Si el implante no se ha liberado, compruebe la posición del émbolo. Si sigue sin poder liberarlo, interrumpa el procedimiento.

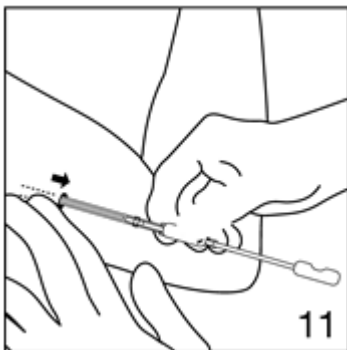


Figura 11
Manteniendo en su sitio el primer implante con el dedo, retire el aplicador ligeramente hacia atrás hasta que el implante se libere por completo del aplicador. Sin embargo, no retire el aplicador del todo.

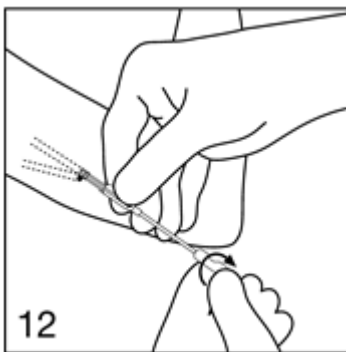



Figura 12
Introduzca el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo al lado del primer implante, como se indica en la Figura 8, colocando los dos implantes en forma de V estrecha. Gire de nuevo el émbolo media vuelta, pero no lo empuje. Libere el segundo implante como liberó el primero. Retire completamente el aplicador

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 287 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



Figura 13
Después de la inserción, aproxime los bordes de la incisión uno contra otro y cierre la misma con un punto adhesivo en mariposa

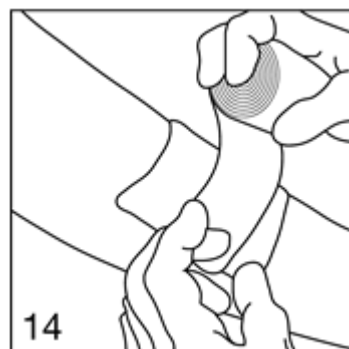


Figura 14
Cubra el área de inserción con compresas y realice un vendaje compresivo alrededor del brazo que garantice la hemostasia. Mantenga a la paciente en observación durante unos minutos antes de darle el alta. Tire el aplicador y el cuerpo del bisturí al lugar apropiado.

Recomiende a la paciente que mantenga seca el área de inserción durante 3 días y proporciónale una copia del prospecto informativo, en el que habrá anotado la fecha de inserción y la de la primera visita de control. El vendaje se puede quitar en cuanto se haya curado la incisión, normalmente al cabo de 3 – 5 días.

Uso inicial de JADELLE

No se han usado anticonceptivos hormonales en el mes previo: La inserción de JADELLE debe realizarse en los 7 días siguientes al comienzo de la hemorragia menstrual. Si la inserción se realiza en cualquier otro momento, deberá descartarse de forma fiable la existencia de gestación y se recomendará el uso de un método anticonceptivo adicional, no hormonal, durante al menos los 7 días siguientes.

Si se estaba tomando un anticonceptivo oral combinado: JADELLE se debe insertar preferentemente el día después de tomar el último comprimido activo del anticonceptivo oral combinado que se estaba tomando, pero no después del día siguiente al séptimo día del

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 288 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

periodo en el que no se toman comprimidos o se toman comprimidos de placebo.

Si se estaba tomando otro anticonceptivo con progestágeno solo (minipíldora, inyección, implante): El cambio puede hacerse en cualquier momento si se estaba tomando la minipíldora, al día siguiente a la extracción de otro implante, o en el día en que habría que ponerse la siguiente inyección de un anticonceptivo inyectable.

Tras un aborto en el primer trimestre: JADELLE puede insertarse de inmediato. Una vez realizada la inserción, no es preciso adoptar medidas anticonceptivas adicionales.

Después del parto o de un aborto en el segundo trimestre: JADELLE puede insertarse inmediatamente después del parto o de un aborto en el segundo trimestre de embarazo en mujeres que no están en periodo de lactancia. Si se inserta después de los 21 días siguientes al parto, se debe descartar de forma concluyente la existencia de un embarazo y se deben adoptar medidas anticonceptivas no hormonales adicionales como mínimo durante 7 días después de la inserción. Las mujeres en periodo de lactancia no deben comenzar a utilizar JADELLE antes de que transcurran seis semanas después del parto.

EXTRACCIÓN DE JADELLE

Los implantes JADELLE pueden extraerse en cualquier momento por razones médicas o personales pero, en cualquier caso, deberán extraerse como límite una vez transcurridos 5 años desde su inserción. La extracción puede llevarse a cabo en cualquier momento del ciclo menstrual. La pérdida de la eficacia anticonceptiva es prácticamente inmediata, por lo que, salvo que se desee la gestación, deberá instaurarse otro método anticonceptivo.

Para proceder a la extracción, se limpiará la piel y se infiltrará un anestésico tópico bajo los extremos de ambos implantes.

Con el bisturí, se practica una incisión cutánea de 4 mm, bajo el vértice de la V. Los implantes se retirarán usando una pinza pequeña (p. ej., tipo mosquito). La extracción debe hacerse suavemente. Este proceso va a requerir más tiempo que la inserción.

Durante el procedimiento, los implantes pueden sufrir roturas, cortes o melladuras. Si la extracción resulta difícil o parece imposible retirar ambos implantes, deberá pedirse a la paciente que acuda a una segunda cita, una vez cicatrizada la incisión. Se recomendará el uso de otro método anticonceptivo hasta la extracción completa de ambos implantes. Si la paciente desea continuar utilizando este método, podrá insertarse unos nuevos implantes JADELLE a través de la misma incisión, orientándolos en el mismo sentido o en sentido contrario.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

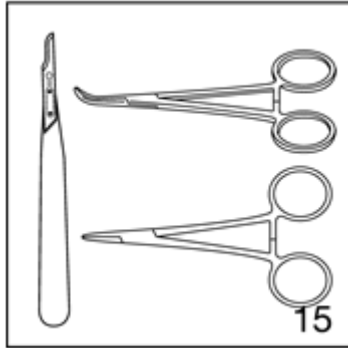


Figura 15
Para la extracción, además del equipo necesario para la inserción, es necesario lo siguiente:
- un bisturí
- pinzas de dos tamaños distintos (Mosquito y Crile)

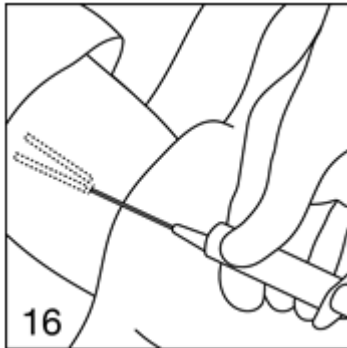


Figura 16
Localice los implantes mediante palpación y marque su posición con un rotulador, por ejemplo. Cuando no sean palpables se pueden localizar mediante ecografía o radiografía de partes blandas. Inyecte una pequeña cantidad de anestésico debajo de los extremos de los implantes que están más próximos entre sí. Si inyectamos anestésico encima de los implantes se puede dificultar su localización, haciendo más difícil la extracción. Si es necesario, se puede administrar más anestésico poco a poco y en pequeñas cantidades.

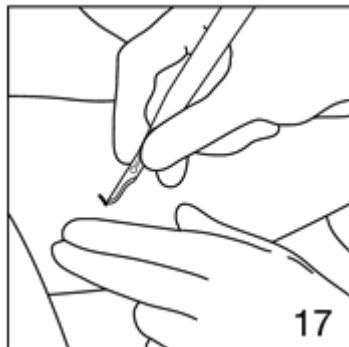


Figura 17
Realice una incisión de 4 mm con el bisturí cerca de los extremos de los implantes. Procure que sea una incisión pequeña.

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

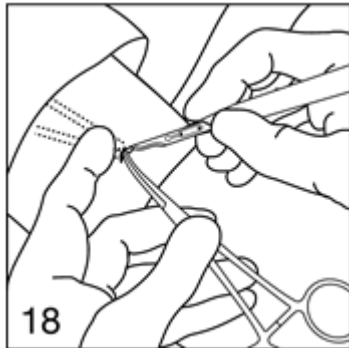


Figura 18
Empuje suavemente con el dedo cada implante hacia la incisión. Cuando se vea la punta en la incisión, agárrela con la pinza Mosquito. Utilice el bisturí, las pinzas o la gasa para abrir con mucho cuidado la cápsula de tejido que rodea al implante.

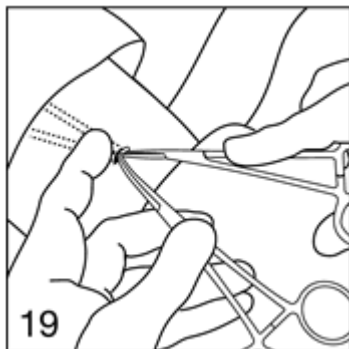


Figura 19
Agarre el extremo del implante con la segunda pinza (Crile) y suéltelo de la primera.

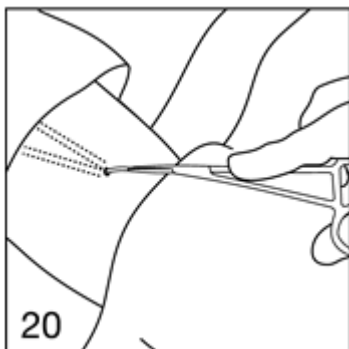



Figura 20
Extraiga el implante suavemente. Repita el procedimiento para el segundo implante.

- Después de que se haya completado el procedimiento, cierre la incisión y véndela igual que después de la inserción. Se tiene que mantener el brazo seco durante unos días.
- Mida la longitud de los implantes extraídos para verificar que la paciente tenía dos implantes JADELLE y no otros implantes anticonceptivos. La longitud deberá ser de 43 mm.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 291 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Si la paciente desea seguir usando este método, se le puede insertar un juego nuevo de JADELLE implantes por la misma incisión, en la misma dirección o en la contraria.
- Después de la extracción, se puede producir un embarazo en cualquier momento.

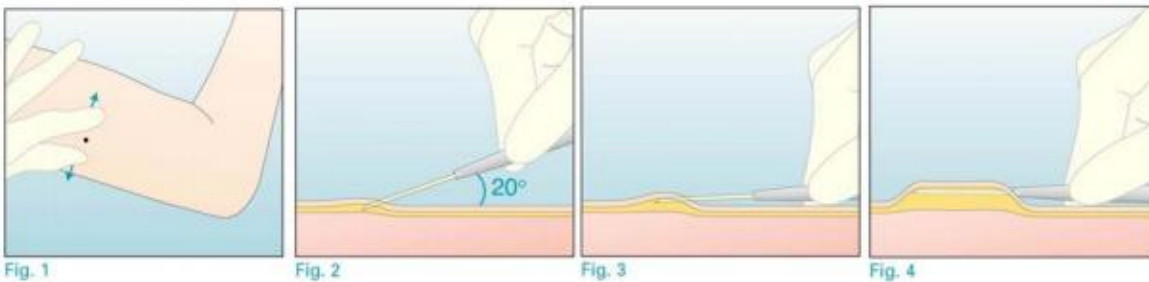
IMPLANON:

- La inserción de Implanon debe realizarse en condiciones asépticas y únicamente por un profesional que esté certificado en el procedimiento.
- La inserción de Implanon se realiza con su aplicador especial. El uso de este aplicador es completamente diferente al de una jeringa clásica. En este prospecto se muestra un esquema del aplicador desmontado y cada uno de sus componentes (cánula, obturador y aguja biselada), con el fin de clarificar sus funciones.
- El procedimiento de inserción de Implanon es inverso a administrar una inyección. Al insertar Implanon, el obturador debe quedar fijo y la cánula (aguja) se retira del brazo. En las inyecciones normales, el émbolo se empuja y el cuerpo de la jeringa permanece fijo.
- Colocar a la paciente en decúbito supino con el brazo no dominante extendido hacia fuera y el codo flexionado.
- Para minimizar el riesgo de daños neurológicos o vasculares, Implanon debe insertarse en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante aproximadamente a 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del húmero.
- Implanon debe insertarse por vía subdérmica, es decir justo bajo la piel (subcutáneo).
- Si Implanon se inserta demasiado profundamente (intramuscular o en la fascia), se pueden causar daños neurológicos o vasculares. Estos casos de inserciones profundas se han relacionado con parestesia (por daño neurológico) y migración del implante (a causa de la inserción intramuscular o en la fascia), y en raros casos con inserción intravascular. Por otra parte, si el implante se inserta demasiado profundamente, podría no ser palpable y puede dificultarse la localización y/o extracción del implante posteriormente.
- Marcar el lugar de la inserción.
- Limpiar el lugar de la inserción con un desinfectante.
- Anestesiarse con spray anestésico, o con 2 ml de lidocaína (1%) aplicada justo bajo la piel a lo largo del “canal de inserción”.
- Extraer de su blister el aplicador estéril desechable que contiene Implanon.
- Manteniendo la aguja cubierta con el capuchón, verificar visualmente la presencia del implante, que se ve como un cuerpo blanco en el interior de la punta de la aguja. Si no se ve el implante, golpee suavemente la parte de arriba del capuchón de la aguja contra una superficie dura para hacer que el implante llegue a la punta de la aguja.

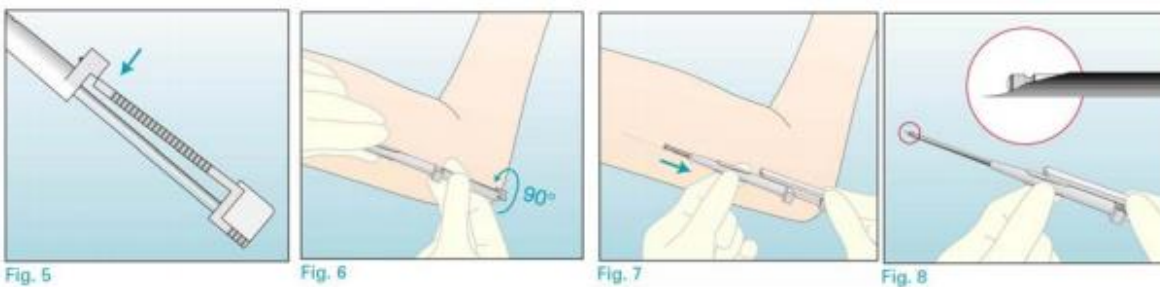
Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Después de la confirmación visual, el implante debe ser devuelto al interior de la aguja golpeando suavemente. Ahora se puede destapar la aguja.

- Tenga en cuenta que el implante puede caerse de la aguja antes de su inserción. Por lo tanto, mantenga siempre el aplicador en posición vertical (es decir, con la aguja dirigida hacia arriba) hasta el momento de la inserción, lo que evitará que el implante se deslice fuera del aplicador. Mantener estériles la aguja y el implante. Si se produce contaminación debe utilizarse un nuevo envase con un nuevo aplicador estéril.



- Estirar la piel alrededor del lugar de la inserción con el pulgar y el índice (Figura 1).
- Introducir primero sólo la punta de la aguja, ligeramente inclinada (aprox. 20°) (Figura 2).
- Liberar la piel.
- Poner el aplicador en posición horizontal (Figura 3).
- Levantando la piel, sin forzar, insertar suavemente la aguja en toda su longitud. La aguja se insertará paralelamente con la piel, para asegurar que Implanon se inserta superficialmente y justo bajo la piel (Figura 4).
- Mantener el aplicador paralelo a la superficie de la piel.
- Si el implante se inserta demasiado profundo puede producirse parestesia y migración del implante. Además, más tarde la extracción puede ser difícil.



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 293 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Romper el precinto del aplicador (Figura 5).
- Girar el obturador 90° (Figura 6).
- Con una mano paralela al brazo, fijar el obturador y con la otra mano, estirar hacia atrás lentamente la cánula (aguja) fuera del brazo (Figura 7).
- Nunca empuje con el obturador.
- Comprobar la aguja para verificar que el implante ya no está. Una vez retirada la cánula, será visible la punta ranurada del obturador (Figura 8).
- Verificar siempre la presencia del implante por palpación y asimismo hacer que la mujer lo palpe por si misma.
- Hasta que se haya confirmado la presencia de Implanon debe utilizarse un método anticonceptivo de barrera.
- Aplicar un vendaje compresivo con una gasa estéril para prevenir la aparición de hematomas.
- Cumplimentar la Tarjeta de la Usuaría y entregarla a la paciente para facilitar la extracción posterior del implante.
- El aplicador es de un solo uso y debe desecharse adecuadamente según la normativa local para la manipulación de residuos biológicos.


CUÁNDO INSERTAR IMPLANON:

La usuaria no está utilizando anticoncepción hormonal: Implanon debe insertarse entre los Días 1 al 5, pero como más tarde el Día 5 del ciclo natural de la mujer (el Día 1 es el primer día de la menstruación).

Cambio después de un anticonceptivo hormonal combinado (anticonceptivo oral combinado, anillo vaginal o parche transdérmico): debe insertarse preferiblemente al día siguiente de tomar el último comprimido activo (el último comprimido con principios activos) del anticonceptivo oral combinado anterior o el día de la extracción del parche transdérmico, y como más tardar al día siguiente del periodo de descanso habitual del anticonceptivo hormonal combinado anterior, ya sea sin la toma de comprimidos, sin la utilización o la aplicación del parche o del intervalo de comprimidos inactivos.

Cambio después de un método con progestágeno solo (píldora con progestágeno solo, inyectable, otro implante, o sistema de liberación intrauterino de progestágeno [SLI]): Implanon puede insertarse cualquier día en el caso de que la mujer utilizara una píldora con progestágeno solo. Si llevaba otro implante o un SLI, el día de la extracción del implante o el SLI anterior; si usaba un inyectable puede insertarse Implanon en el momento en que se debería administrar la siguiente inyección.

Después de un aborto en el primer trimestre del embarazo: Implanon debe insertarse

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 294 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

inmediatamente-

Después del parto o de un aborto en el segundo trimestre del embarazo: Implanon debe insertarse entre 21 a 28 días después del parto o de un aborto en el segundo trimestre del embarazo. Si el implante se inserta más tarde, debe recomendarse a la mujer que utilice además un método de barrera en los primeros 7 días tras la inserción. Sin embargo, si ya se han mantenido relaciones sexuales, debe excluirse el embarazo o esperar al primer ciclo natural de la mujer para insertar el implante.

CÓMO EXTRAER IMPLANON

- La situación exacta del implante se indica en la Tarjeta de la Usuaría.
- Localizar el implante por palpación y marcar el extremo distal (Figura a).
- Si el implante no es palpable siempre debe localizarse primero por ecografía o RMN antes de intentar la extracción y posteriormente extraerlo guiándose por la ecografía. En caso de duda, se puede verificar la presencia de Implanon por determinación de etonogestrel. No es recomendable practicar cirugía exploratoria sin saber la localización exacta del implante. La extracción de implantes insertados profundamente debe llevarse a cabo con precaución para prevenir daños en las estructuras neurológicas o vasculares más profundas del brazo y la deben realizar profesionales sanitarios familiarizados con la anatomía del brazo.
- Limpiar la zona y aplicar un desinfectante.



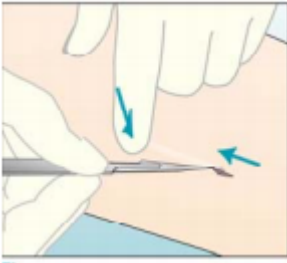
Fig. a



Fig. b

Anestesiarse el brazo con 0,5-1 ml de lidocaína (1%) en el lugar de la incisión, que es justo debajo del extremo distal del implante. Nota: Aplicar el anestésico por debajo del implante. Si se aplica por encima del implante se produce una hinchazón de la piel, lo que puede dificultar la localización del implante (Figura b).

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------



Empujar hacia abajo el extremo proximal para dejar fijo el implante; puede aparecer un bulto que indicaría el extremo distal del implante. Empezando desde debajo del extremo distal del implante, hacer una incisión longitudinal de 2 mm en dirección al extremo distal del implante (Figura c).

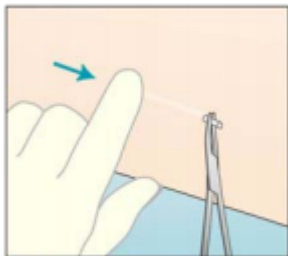


Fig. d

- Empujar suavemente el implante hacia la incisión hasta que la punta sea visible. Asir el implante con una pinza Kocher (preferiblemente una Kocher de “mosquito”) y extraerlo (Figura d).

Si la punta del implante no es visible, podría haberse formado tejido fibroso alrededor del implante. El tejido fibroso puede desgarrarse si se continúa cortando hacia el extremo distal, hasta que la punta se vea claramente. Extraer el implante con la Kocher (Figuras e y f).

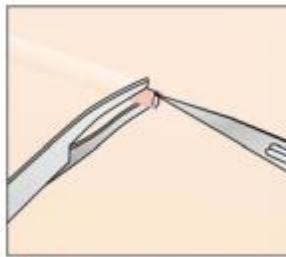


Fig. e

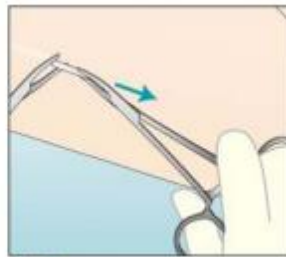


Fig. f

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 296 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

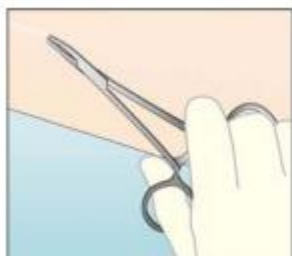


Fig. g

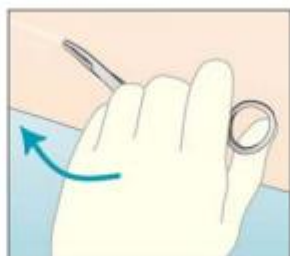


Fig. h

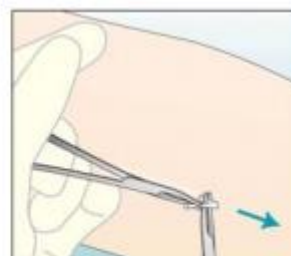


Fig. i

Si no se distingue la punta del implante, insertar suavemente una Kocher en la incisión y asir el implante (Figuras g y h). Con una segunda Kocher, diseccionar cuidadosamente el tejido de alrededor del implante y extraerlo (Figura i).

- Cerrar la incisión con micropore.
- Aplicar un vendaje compresivo con una gasa estéril para prevenir la aparición de hematomas.
- Si la mujer quiere seguir utilizando Implanon, se puede insertar un nuevo implante inmediatamente después de la extracción del anterior implante.
- Si la mujer no desea continuar utilizando Implanon y no desea quedarse embarazada, debería recomendarse otro método anticonceptivo.

PRECAUCIONES



Antes de instaurar o de reiniciar el tratamiento, se debe realizar una historia médica y familiar completa. Se debe medir la tensión arterial y realizar una exploración física, guiada por las contraindicaciones y precauciones de empleo. También se debe instruir a la mujer para que lea cuidadosamente el prospecto de información para la paciente, siga las recomendaciones y consulte inmediatamente presenta algún problema en la zona de inserción. La frecuencia y la naturaleza de las exploraciones se basarán en las guías prácticas establecidas y se adaptarán de forma individual a cada mujer.

La zona de inserción debe examinarse en todas las visitas. En caso de aparición de sangrado vaginal persistente o recidivante de causa desconocida, deberán tomarse las medidas oportunas para descartar una neoplasia maligna. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama o que tengan nódulos mamarios benignos o mastopatía deben ser objeto de una vigilancia especial.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 297 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONTRAINDICACIONES

- Trastorno tromboembólico venoso activo.
- Tumores progestágeno-dependientes.
- Presencia o antecedentes de alteraciones hepáticas graves hasta que los valores de la función hepática no se hayan normalizado.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes

CONCLUSIONES



JADELL:


Los ensayos clínicos han demostrado que la eficacia anticonceptiva de los implantes JADELLE disminuye a partir del cuarto año de utilización. Por tanto, deberá considerarse después de 4 años de uso la extracción de los implantes JADELLE y su sustitución por otros nuevos, sobre todo en mujeres que pesan más de 60 kg (véase el apartado 5.1, Propiedades farmacodinámicas). La concentración plasmática de levonorgestrel es mas baja al final del periodo de vida útil del implante y es inversamente proporcional al peso corporal.

La prescripción de implantes JADELLE a pacientes con factores de riesgo conocidos de patología arterial o venosa, o predisposición a la misma, exige una prudencia especial.

Los anticonceptivos esteroideos pueden inducir cierta retención de líquidos, con el consiguiente aumento de peso. JADELLE debe prescribirse con precaución a las pacientes con procesos que puedan agravarse a causa de dicha retención y su estado debe vigilarse cuidadosamente durante el uso de JADELLE.

En raras ocasiones, se han descrito casos de hipertensión intracraneal benigna en usuarias de otros implantes de levonorgestrel. Debe tenerse en cuenta esta posibilidad diagnóstica ante la aparición de cefaleas persistentes y/o alteraciones de la visión en mujeres portadoras de JADELLE, particularmente si la paciente es obesa o ha aumentado de peso recientemente. El diagnóstico de hipertensión intracraneal idiopática obliga a la extracción de los implantes JADELLE.

Los implantes JADELLE modifican el patrón menstrual de la mayoría de las usuarias. Se han descrito hemorragias intermenstruales irregulares y prolongadas, manchado intermenstrual (spotting) y amenorrea. En general, estos trastornos disminuyen con el uso continuado de los implantes. Las hemorragias importantes que producen anemia son raras y las concentraciones medias de hemoglobina suelen elevarse ligeramente en las usuarias de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 298 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

JADELLE.

Puesto que algunas usuarias de JADELLE experimentan periodos de amenorrea, la ausencia de menstruación no debe ser considerada criterio exclusivo para el diagnóstico de embarazo. Siempre que se sospeche un embarazo, deberá realizarse un test de embarazo. Una amenorrea prolongada durante seis o más semanas después de un período de menstruación normal puede sugerir un embarazo. Si éste se confirma, deberá procederse a la extracción de los implantes.

El embarazo ectópico es raro con los implantes de levonorgestrel: su tasa es inferior a 1 por 1.000 mujer-años. Su presencia deberá descartarse en caso de dolor abdominal inferior o prueba de embarazo positiva en una usuaria de JADELLE.

El uso de JADELLE permite el desarrollo de los folículos, pero su atresia puede estar retrasada y pueden seguir creciendo por encima del tamaño normal. En la mayoría de las mujeres, estos folículos grandes desaparecen espontáneamente. No obstante, en casos raros pueden sufrir torsión o rotura, produciendo dolor abdominal. Incluso en presencia de síntomas, está indicado el tratamiento conservador, aunque debe descartarse un embarazo ectópico. Rara vez es necesaria una intervención quirúrgica.

En algunos casos raros se han descrito enfermedades autoinmunitarias, como esclerodermia, LED (lupus eritematoso diseminado) o artritis reumatoide, en usuarias de implantes de levonorgestrel. No se ha establecido relación causal alguna entre estas enfermedades y los implantes. Tanto durante el embarazo como durante el uso de hormonas esteroideas sexuales se han observado los trastornos siguientes, sin relación confirmada con los progestágenos: ictericia colestásica y/o prurito, colelitiasis, síndrome hemolítico-urémico, herpes gestacional e hipoacusia asociada a otosclerosis.

Aunque no hay una relación causal clara entre el uso de anticonceptivos orales y el cáncer de mama, un metaanálisis de estudios epidemiológicos estableció un ligero aumento del riesgo relativo (RR = 1,24) de diagnóstico de carcinoma de mama en usuarias actuales de anticonceptivos orales de combinación (AOC). El aumento del riesgo desaparece gradualmente a lo largo de los 10 años siguientes al cese del uso de AOC. El riesgo de diagnóstico de cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos que sólo contienen progestágenos es posiblemente similar al asociado a los AOC.

No se ha demostrado un aumento del riesgo de neoplasias ginecológicas asociado al uso de anticonceptivos esteroideos. No obstante, se recomienda vigilancia clínica de todas las usuarias de JADELLE.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 299 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

No deben utilizarse preparados de plantas medicinales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) mientras se emplea JADELLE, debido al riesgo de que disminuyan las concentraciones plasmáticas de levonorgestrel y se reduzcan sus efectos clínicos.

IMPLANON:

- El riesgo de cáncer de mama aumenta en general con la edad. Durante el empleo de anticonceptivos orales se incrementa ligeramente el riesgo de diagnóstico de cáncer de mama.
- El aumento de riesgo desaparece gradualmente en un plazo de 10 años tras la discontinuación del anticonceptivo oral y no está relacionado con la duración de su uso, sino con la edad de la mujer durante el uso del anticonceptivo oral.
- Si se desarrolla una hipertensión mantenida durante el uso de Implanon, o si un aumento significativo en la presión arterial no responde adecuadamente al tratamiento antihipertensivo,
- debe suspenderse el uso de Implanon.
- Si se producen alteraciones agudas o crónicas de la función hepática, la paciente debe enviarse a la consulta del especialista para que sea examinada y aconsejada.
- El uso de anticonceptivos con progestágeno puede tener un efecto en la resistencia periférica a la insulina y en la tolerancia a la glucosa. Por tanto, las mujeres diabéticas deben ser controladas cuidadosamente durante los primeros meses con Implanon.
- Puede producirse ocasionalmente cloasma, sobre todo en mujeres con antecedentes de cloasma gestacional. Las mujeres con tendencia al cloasma deben evitar la exposición al sol o a las radiaciones ultravioleta mientras lleven Implanon.
- El efecto anticonceptivo de Implanon está relacionado con los niveles plasmáticos de etonogestrel, inversamente proporcionales al peso corporal, y disminuyen con el tiempo después de la inserción. La experiencia clínica con Implanon en el tercer año de su uso en el caso de mujeres con sobrepeso es limitada. Por tanto, no puede excluirse que el efecto anticonceptivo en estas mujeres durante el tercer año de uso de Implanon sea inferior que en las mujeres de peso normal. En consecuencia, se deberá considerar una sustitución temprana del implante en mujeres con sobrepeso.
- Con todos los anticonceptivos hormonales de baja dosis, se produce desarrollo folicular y ocasionalmente el folículo puede continuar creciendo por encima del tamaño que alcanzaría en un ciclo normal. Generalmente, estos folículos más grandes desaparecen espontáneamente. Frecuentemente, son asintomáticos; en algunos casos se asocian con dolor abdominal leve y raramente requieren intervención quirúrgica.
- La protección frente al embarazo ectópico con los anticonceptivos habituales con progestágeno solo, no es tan alta como con los anticonceptivos orales combinados, lo que ha sido asociado con la aparición frecuente de ovulaciones durante el empleo de estos métodos. A pesar del hecho de que Implanon inhibe la ovulación de forma uniforme, debe tenerse en cuenta la posibilidad de un embarazo ectópico al realizar el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 300 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

diagnóstico diferencial si la mujer presenta amenorrea o dolor abdominal.

- Se ha notificado la aparición de las siguientes situaciones tanto durante el embarazo como
- durante el uso de esteroides sexuales, pero no se ha establecido una asociación con el uso de progestágenos: ictericia y/o prurito relacionado con colestasis; formación de cálculos biliares; porfiria; lupus eritematoso sistémico; síndrome hemolítico urémico; corea de Sydenham; herpes gestacional; pérdida de audición relacionada con otosclerosis.
- Implanon no está indicado durante el embarazo. Si se produce embarazo durante el uso de Implanon, deberá extraerse el implante. En los estudios con animales, dosis muy altas de sustancias progestagénicas pueden causar virilización de los fetos hembra.
- Implanon no influye en la cantidad ni calidad (proteínas, lactosa o niveles de grasas) de la leche materna. Sin embargo, se excretan pequeñas cantidades de etonogestrel en la leche materna. Basándose en una ingestión diaria de leche de 150 ml/kg, la dosis diaria promedio que tomaría el lactante, calculada tras 1 mes de ingesta, sería aproximadamente 27 ng/kg/día. Esta cantidad corresponde a aproximadamente un 2,2% de la dosis diaria de la madre (ajustada en cuanto al peso) y a aproximadamente un 0,2% de la dosis absoluta estimada de la madre. Posteriormente, la concentración de etonogestrel en la leche disminuye con el tiempo durante el periodo de lactancia. Se han obtenido datos limitados a largo plazo en 38 niños, cuyas madres iniciaron el uso de Implanon en las semanas 4-8 post-parto. Los niños fueron amamantados durante un tiempo promedio de 14 meses, y se les realizó un seguimiento hasta los 36 meses de edad. La evaluación del crecimiento, y desarrollo físico y psicomotor no indicó ninguna diferencia en comparación con niños lactantes cuyas madres usaron un Dispositivo Intrauterino (DIU) (n=33). Sin embargo, el desarrollo y crecimiento del niño debe monitorizarse cuidadosamente. En base a los datos disponibles, Implanon puede utilizarse durante la lactancia.

COMPLICACIONES

JADELL:

- Hipersensibilidad al levonorgestrel o a cualquier otro componente de JADELLE.
- Hemorragia vaginal anormal no diagnosticada.
- Sospecha o confirmación de neoplasia dependiente de hormonas sexuales.
- Hepatopatía aguda.
- Neoplasias hepáticas benignas o malignas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 301 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

- Enfermedad tromboembólica.

REACCIONES ADVERSAS

En los ensayos clínicos efectuados con JADELLE se han descrito las siguientes reacciones adversas: Efectos indeseables muy frecuentes (presentes en más del 10% de las usuarias): cefalea, nerviosismo, mareos, náuseas, cambio del patrón menstrual (hemorragias menstruales frecuentes, irregulares o prolongadas, manchado intermenstrual (spotting), amenorrea), cervicitis, secreción vaginal, prurito genital, dolor pélvico, dolor mamario, aumento de peso.

Sistema	Efectos indeseables frecuentes >1/1000, <1/10	Efectos indeseables poco frecuentes >1/1.000, <1/100	Efectos indeseables raros >1/10.000, <1/1.000
Psiquiátrico	modificaciones del estado de ánimo, depresión, modificaciones de la libido		
Nervioso	Migraña		
Cardíaco	palpitaciones, dolor torácico		
Vascular	hipertensión, venas varicosas		
Respiratorio	Disnea		
Gastrointestinal	molestias abdominales		
Hepatobiliar	aumento de la bilirrubina sérica total		
Piel	acné, dermatitis de contacto, alopecia, hipertriosis, exantema, prurito, cambios en la pigmentación		
Renal y urinario	síntomas urinarios		
Sistema reproductor y mama	vaginitis, quistes ováricos, nódulos mamarios benignos, secreción mamaria		

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 302 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Trastornos generales y en el lugar de administración	picor en el lugar de inserción, dolor generalizado, fatiga, dolor de espalda, pérdida de peso	dolor en el lugar de inserción, infección en la zona del implante	expulsión del implante, dolor en el brazo, sensación de adormecimiento, hormigueo y cicatrización, dificultad de extracción del implante, lesión del nervio cubital asociada a la extracción del implante, hiperpigmentación en el lugar del implante
--	---	---	---

Las reacciones adversas posiblemente relacionadas encontradas en los ensayos clínicos con Implanon se exponen en la siguiente tabla:



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007
Versión: 1
Fecha de elaboración: 31/03/2014
Fecha de revisión: 21/05/2014
Página: 303 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Sistema orgánico	Reacciones adversas según Términos MedDRA ¹		
	Muy frecuentes > 1/10	Frecuentes < 1/10, ≥ 1/100	Poco frecuentes < 1/100 ≥ 1/1000
Infecciones e infestaciones	infección vaginal		faringitis, rinitis, infección del tracto urinario
Trastornos del sistema inmunológico			hipersensibilidad
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		apetito disminuido	
Trastornos psiquiátricos		labilidad afectiva, estado de ánimo deprimido, nerviosismo, libido disminuida	ansiedad, insomnio
Trastornos del sistema nervioso	cefalea	mareos	migraña, somnolencia
Trastornos vasculares		sofocos	
Trastornos gastrointestinales		dolor abdominal, náuseas, flatulencia	vómitos, estreñimiento, diarrea
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	acné	alopecia	hipertriosis, erupción, prurito
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			dolor de espalda, artralgia, mialgia, dolor musculoesquelético
Trastornos renales y urinarios			disuria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	dolor de mama a la palpación, dolor de mama, menstruación irregular	dismenorrea, quiste ovárico	secreción genital, molestias vulvovaginales, galactorrea, hipertrofia de mama, prurito genital

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



Informar a la usuaria sobre la disminución en la eficacia anticonceptiva (embarazo) en usuarias que recibieron fenotoina o carbamazepina. Estos fármacos pueden acelerar el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 304 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

metabolismo del levonorgestrel por inducción de las enzimas microsomales hepáticas. Mientras se utiliza JADELLE no se deben tomar preparados con Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), dado que esto podría producir una pérdida del efecto anticonceptivo. Se han comunicado casos de hemorragias por disrupción y de embarazos no deseados con los anticonceptivos orales. Esto se debe a que la Hierba de San Juan activa las enzimas que metabolizan estos fármacos. El efecto inductor puede persistir al menos dos semanas después de interrumpir el tratamiento con Hierba de San Juan.

Los implantes JADELLE pueden tener los siguientes efectos en los resultados de algunas pruebas analíticas endocrinas:

- descenso de la concentración de SHBG (globulina fijadora de hormonas sexuales)
- descenso de la concentración sérica de tiroxina y aumento de los valores en la prueba de unión de la triyodotironina.

Si se produce un embarazo durante el tratamiento con JADELLE se deben extraer los implantes. Estudios en animales de experimentación han demostrado que dosis muy altas de sustancias progestágenas pueden producir masculinización de los fetos hembra.

Levonorgestrel pasa a la leche, pero en una cantidad que no parece afectar al niño. Los niveles de levonorgestrel que se obtienen con JADELLE no afectan a la calidad o la cantidad de leche materna. No obstante, se debe advertir a las madres en periodo de lactancia que no comiencen a utilizar JADELLE hasta que hayan transcurrido seis semanas después del parto.

BIBLIOGRAFÍA



- Ficha técnica del Jadell.
- Ficha técnica del Implanon

ANEXOS



9. LISTA DE CHEQUEO PARA INSERCIÓN O RETIRO DE IMPLANTES SUBDERMICOS

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar la inserción o retiro de los implantes subdermicos de forma correcta



**EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

Código: M-GH-M-007

Versión: 1

Fecha de elaboración: 31/03/2014

Fecha de revisión: 21/05/2014

Página: 305 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Realiza lavado de mano según protocolo				
Explica el procedimiento, incluye firma del consentimiento informado.				
Ubica la paciente en la posición adecuada preservando su intimidad				
Realiza inserción o retiro del implante según protocolo establecido				
Enseña al el paciente signos de alarma, y cuidados para prevenir complicaciones				
Registra hallazgos en la historia clínica y remite según necesidad				
Informa cita de control si se indicara.				


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 306 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

<h2>PROTOCOLO DE EXAMEN DE SENO</h2>	UBICACIÓN:	SERVICIOS AMBULATORIOS
	CÓDIGO DEL PROTOCOLO:	
	VERSIÓN DEL PROTOCOLO:	02
	ELABORÓ EL PROTOCOLO:	ENFERMERÍA
	REVISÓ:	CALIDAD
	APROBÓ:	COMITÉ DE ARCHIVO
REFLEXIÓN: <i>No importa cuán oscuras parezcan las cosas, eleva tu mirada y verás la posibilidad.</i>	FECHA DE LA PRÓXIMA ACTUALIZACIÓN	MARZO 2018
FECHA DE ELABORACIÓN: Marzo 2014		

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

SEGURIDAD DEL PACIENTE



HUMANIZACIÓN



ENFOQUE DE RIESGO



GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA






	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 307 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

CONFLICTO DE INTERÉS	  
-----------------------------	---

No hubo conflictos de interés.

INTRODUCCIÓN	  
---------------------	---

El cáncer de mama representa la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer. Aproximadamente una de cada diez mujeres desarrollarán este tipo de cáncer a lo largo de su vida. A pesar de ser un tumor muy estudiado en todos sus aspectos no se ha producido aún una gran mejoría en la tasa de supervivencia, y sí en el incremento de la supervivencia global debido a los tratamientos adyuvantes a la cirugía.


Otro gran avance ha sido la demostración de que los tratamientos quirúrgicos conservadores, en determinadas indicaciones, son equivalentes en cuanto a supervivencia global a los tratamientos radicales, aportando una mejora estética y psicológica a la enferma. De la misma manera la reconstrucción de la mama amputada tanto de forma inmediata como diferida han encontrado su sitio definitivo en el tratamiento de estos tumores.

El futuro parece avanzar hacia la mejora de los métodos de diagnóstico precoz y conocimiento de nuevos factores pronósticos relacionados con alteraciones genéticas junto con la introducción de nuevos sistemas terapéuticos (intensificación etc.).

DEFINICIÓN	  
-------------------	---

El examen de las mamas es muy importante en las mujeres, especialmente para detectar precozmente la presencia de un cáncer. Se efectúa mediante la inspección y la palpación. El examen debe ser prolijo, respetando siempre el pudor de la paciente.

En la mama existe tejido glandular y fibroso, grasa subcutánea y retromamaria. El tejido glandular se organiza en lóbulos y lobulillos que drenan a los conductos galactóforos, los que a su vez desembocan en el pezón. Con la edad el componente glandular se atrofia y es reemplazado por grasa. Para localizar las lesiones en las mamas, se divide virtualmente en cuatro cuadrantes. Casi todo el tejido glandular se encuentra en el cuadrante superior externo, el cual se prolonga hacia la axila formando una cola. El drenaje linfático se efectúa

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 308 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

principalmente hacia la axila, pero también a regiones claviculares y estructuras profundas del tórax.

Factores de riesgo

- Constitucionales
- Vida sexual larga.
- Menarquia precoz
- Menopausia tardía
- Nulípara
- Primer hijo mayor de 35 años
- No lactancia
- Mastopatía de alto riesgo
- Obesidad
- Antecedentes familiares directos de neoplasias

Ambientales y nutrición

- Tabaco
- Alcohol
- Contaminación
- Traumatismos
- Dieta rica en grasa

Algunas alteraciones:

Entre las lesiones palpables destacan:

nódulos que corresponden a una *enfermedad fibroquística* de las mamas

lesiones de bordes nítidos que corresponden a *fibroadenomas* (son más frecuentes en mujeres jóvenes) lesiones que corresponden a un *cáncer de mamas*.

Si se palpa algo anormal, como un nódulo, va a ser necesario efectuar un estudio de imágenes (una mamografía, que eventualmente se complementa con una ecografía para distinguir entre nódulos sólidos y quistes).

Salida de líquido por un pezón:

Puede salir en forma espontánea o al exprimir la glándula o el pezón mismo. Este líquido puede ser:

galactorrea: es la salida de leche en condiciones en que la mujer no está lactando después de un embarazo. Entre las principales causas destacan trastornos endocrinológicos y ciertos medicamentos.

ser una secreción serosa, hemática o serohemática: en estos casos cabe plantear la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 309 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

posibilidad de una lesión intraductal (habrá que identificar por cuál conducto galactóforo sale el líquido).

secreción purulenta en relación a un proceso infeccioso

Examen de las axilas:

La palpación de las axilas tiene especial importancia por la posibilidad de encontrar ganglios comprometidos. Separando un poco el brazo, el examinador palpa la axila presionando contra la pared torácica. Con su mano derecha, palpa la axila izquierda, y con la mano izquierda, la axila derecha.

OBJETIVOS



- Detectar precozmente alteraciones de la mama
- Incentivar a las mujeres q que se realicen el autoexamen de mama una vez al mes
- Disminuir la incidencia de cáncer de mama

ÁMBITO DE APLICACIÓN



Enfermeras de Red Salud Armenia E.S.E

POBLACIÓN OBJETO



Mujeres en edad fértil que a los que se les presta servicios en Red Salud Armenia ESE.

PERSONAL QUE INTERVIENE



- Enfermeras




MATERIALES Y EQUIPO






- No aplica

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 310 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

INDICACIONES	  
---------------------	---

- Mujer en edad fértil quien desea de forma preventiva buscar cambios o problemas en el tejido mamario.

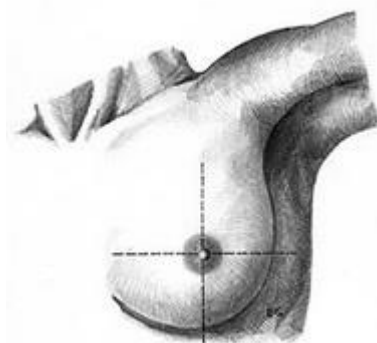
PROCEDIMIENTO	  
----------------------	---

En la **inspección** se observan ambas mamas tratando de descubrir asimetrías, abultamientos, deformaciones, retracciones, etc. El examen se efectúa estando la paciente acostada, sentada o de pie (hay que recordar que es una parte más del examen físico).


Para distinguir asimetrías entre una y otra mama puede ser conveniente pedir a la persona que se siente y que ponga sus brazos a los lados en forma de jarra y empuje con sus manos contra las caderas. Después, se examina solicitándole que levante los brazos hacia arriba.

En las aréolas mamarias es posible distinguir unas prominencias pequeñas que corresponden a glándulas sebáceas (*tubérculos de Montgomery*) y algunos folículos pilosos.

Algunas mujeres presentan más debajo de las mamas, siguiendo la dirección de una supuesta línea mamaria embrionaria, unas formaciones solevantadas que corresponden a pezones, y eventualmente, mamas supernumerarias (recordar que esta condición es normal en animales mamíferos).



Si el pezón de una mama está aplanado o retraído (umbilicado) y esto ha ocurrido en el último tiempo, conviene tener presente la posibilidad de una lesión cancerosa que haya retraído el pezón. Si esta condición es antigua, probablemente no indique una condición de cuidado

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 311 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

como la anterior.

Palpación: La palpación se efectúa habitualmente estando la paciente acostada de espalda. Se le pide que levante el brazo del lado que se va a examinar y coloque la mano detrás de la cabeza. Toda la glándula debe ser examinada, incluyendo los cuatro cuadrantes, el tejido bajo del pezón y la cola de las mamas. Además, se deben examinar las axilas.

El examen se efectúa presionando con los dedos contra la pared torácica. El recorrido puede ser en forma radial (desde el pezón a la periferia hasta completar todo el círculo) o por cuadrantes.

Si se tiene la sensación de palpar un nódulo, es necesario precisar:

- la ubicación
- el tamaño
- la forma y si se logra delimitar con facilidad (bordes)
- la consistencia
- si es sensible
- si es posible desplazar o está adherido a los tejidos vecinos.
- si la piel está comprometida (ej: enrojecida o con aspecto de “piel de naranja”)

Al tener la sensación de palpar un nódulo puede ser de ayuda palpar a continuación con las dos manos, para precisar mejor las características de la lesión.

Las mamas grandes son más difíciles de examinar y existe mayor riesgo que no sea posible palpar algunos nódulos.


En mujeres en edad fértil, es frecuente que en el período justo antes de su menstruación las mamas aumenten un poco de volumen, se hagan más sensibles y se palpen numerosos nodulitos del tamaño de granos de arroz. que no tienen mayor cuidado.

Las mamografías y ecografías complementan el examen de las mamas para precisar mejor la naturaleza de lesiones que se palpan o descubrir otras que no fue posible detectar.

Indudablemente la palpación y la inspección son acciones conjuntas y mediante ellas se va recogiendo información.

PRECAUCIONES



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 312 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

El mejor momento para hacerse un autoexamen de las mamas es más o menos de 3 a 5 días después del comienzo del periodo, ya que las mamas no están tan sensibles o con protuberancias en ese tiempo en su ciclo menstrual.

Si se ha llegado a la menopausia, realizar el examen el mismo día cada mes.

CONCLUSIONES



El examen personal de seno es uno de los métodos más eficaces y que tiene la mujer a su alcance para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Este examen consiste en la palpación detallada de cada seno para detectar la aparición de alguna alteración o anormalidad.

Es muy importante que se realice cada mes con el fin de que la mujer se familiarice con la apariencia y consistencia de sus senos.

COMPLICACIONES



No aplica.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA



INSTRUCCIONES PARA PRACTICAR CORRECTAMENTE EL AUTOEXAMEN DE SENOS.

Paso 1:

Colóquese frente a un espejo, observe y revise ambos senos en busca de hoyuelos, desviaciones del pezón o descamación de la piel, especialmente en la areola.

Nombre del Documento:

Manual de
Enfermería

Unidad Administrativa:

Subgerencia Científica



Paso 2:

Mirando fijamente el espejo, coloque las manos detrás de la cabeza y manteniéndola fija, presione los codos hacia adelante, observando si hay hundimientos en la piel, el pezón o abultamientos.



Paso 3:

Con el mismo fin, coloque las manos sobre las caderas y haga presión firmemente hacia abajo, inclinándose levemente hacia el espejo impulsando los codos y los hombros hacia adelante.

Paso 4:

Levante el brazo izquierdo por detrás de la cabeza con el codo en alto y con la mano derecha examine su mama izquierda.

Inspeccione de manera cuidadosa deslizando en forma circular los tres dedos intermedios de la mano alrededor del seno, comenzando en la periferia de la parte superior izquierda hasta llegar al pezón. Ponga especial cuidado en el área de la mama que se encuentra entre el pezón y la axila. Realice el mismo procedimiento en el seno derecho, ahora examinándose con la mano izquierda. Este paso puede realizarse acostada, ya que el tejido se extiende y facilita la palpación o en la ducha porque los dedos con el jabón se resbalan más fácilmente.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 314 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

Paso 5:

Es importante que la mujer esté atenta a sus senos y si observa un signo de alarma como secreción espontánea amarillenta o sanguinolenta, no inducida; acuda de inmediato al especialista.



Paso 6:

Los médicos recomiendan, además, realizar el paso número 4 acostada boca arriba con una almohada o toalla doblada debajo del hombro. Levante el brazo y colóquelo sobre la cabeza. Esta posición distribuye el tejido mamario uniformemente sobre la región central y permite entrever mejor las lesiones tumorales pequeñas. Con la mano derecha palpa el seno izquierdo. Como se indicó en el paso 4, lo mismo con el seno derecho.

Por último, no olvide visitar al médico o la enfermera por lo menos una vez al año, así le será más fácil prevenir o detectar a tiempo la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA




- <http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/270ExamenMamas.htm>
- http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:auto-examen-de-seno

ANEXOS



10. LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZAR EXAMEN DE SENO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8	Código: M-GH-M-007
		Versión: 1
		Fecha de elaboración: 31/03/2014
		Fecha de revisión: 21/05/2014
		Página: 315 de 315

Nombre del Documento:	Manual de Enfermería	Unidad Administrativa:	Subgerencia Científica
-----------------------	----------------------	------------------------	------------------------

La siguiente lista es una herramienta a utilizar para garantizar la realización del examen de seno de forma correcta

PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
Realiza lavado de mano según protocolo				
Explica el procedimiento				
Ubica la paciente en la posición adecuada preservando su intimidad				
Realiza inspección y palpación según lo descrito				
Enseña a la paciente a realizarse el autoexamen de seno				
Registra hallazgos en la historia clínica y remite según necesidad				
Informa cita de control.				

GENERALIDADES DEL MANUAL DE ENFERMERIA

MECANISMO DE VERIFICACION Y ADHERENCIA



Se realizara socialización a todo el personal objeto de los protocolos de enfermería, y se aplicaran las listas de chequeo en adherencia de forma periódica y a través de la auditoria de historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA



Se describe en cada protocolo.

ANEXOS



Se describe en cada protocolo.