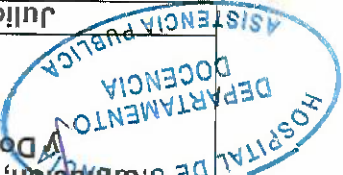
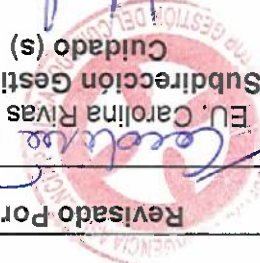


					MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
CÓDIGO	GCL 1.2	VERSIÓN	04	FECHA	07/2024
VIGENCIA	5 años	Nº PÁGINAS	123		



	Elaborado Por: EU. Mathias Carmona S. Comunidad UPC-UCM 1º Piso EU. Sara Gutiérrez Pastene Supervisora UPC-UCM 1º Piso EU. Carmen Saavedra M. Enfermera de Gestión Documental. EU. Paula Bonoso Suardo Jefa Departamento Formación, Investigación y Docencia.	 	Julio 2024
	Revisado Por: EU. Carolina Rivas Jerez Subdirección Gestión del Cuidado (s) Karla Alfaro Flores Jefa Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente EU. Mariana San Martín Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	 	Julio 2024
	Aprobado Por: Dr. Patricio Barria Alier Director HUAP (s)		Julio 2024

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 2 de 123

ÍNDICE

I. Introducción-----	5
II. Objetivo general-----	5
III. Objetivos específicos.....	5
IV. Alcance-----	5
V. Definiciones -----	6
VI. Desarrollo del proceso -----	8
A. Procedimientos Generales de Enfermería:	
• Control de temperatura-----	8
• Control de Frecuencia respiratoria-----	10
• Control de Presión arterial-----	12
• Control de Frecuencia cardíaca-----	13
• Control oximetría de pulso-----	15
• Control de glicemia capilar-----	16
• Toma de electrocardiograma-----	17
• Valoración del dolor-----	19
• Valoración estado de conciencia-----	20
B. Procedimientos relacionados con el Aseo y Confort del paciente.	
• Baño en cama-----	21
• Aseo cavidad oral-----	23
• Aseo nasal-----	27
• Aseo ocular-----	29
• Aseo oído externo-----	30
• Aseo genital-----	31
• Cuidados de Enfermería en paciente fallecido-----	33
C. Procedimientos relacionados con las vías urinarias:	
• Cateterismo vesical intermitente-----	35
• Instalación, Mantenión y Retiro de catéter urinario permanente-----	37
• Cuidados de pacientes con cistostomía-----	44
D. Procedimientos relacionados con la vía aérea	
• Oxigenoterapia-----	46
• Cuidados en el manejo del Tubo Endotraqueal /Traqueostomía-----	51
• Aspiración de secreciones de la vía aérea-----	55
E. Procedimientos relacionados con accesos vasculares venosos y arteriales:	
• Instalación, Mantenión y Retiro de vía venosa periférica-----	60
• Mantenión de una vía venosa central-----	62
• Instalación de Nutrición Parenteral Total (NPT)-----	65

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 3 de 123

F. Procedimientos relacionados a coronariografía:

- Cateterismo por vía radial-----67
- Cateterismo por vía femoral-----67

G. Procedimientos relacionados con el Aparato Digestivo:

- Sondas enterales-----69
- Instalación y Mantenión de la Nutrición Enteral-----69

H. Cuidados de enfermería en la toma de muestras de laboratorio:

- Toma de sangre venosa periférica-----73
- Toma de sangre arterial-----75
- Toma de hemocultivo -----76
- Toma de muestra de orina -----80

I. Procedimientos relacionados con la preparación y administración de fármacos:

- Reglas generales para la administración segura de medicamentos-----84
- Administración de fármacos por vía venosa-----84
- Administración de fármacos por vía intramuscular-----86
- Administración de fármacos por vía subcutánea-----88
- Administración de fármacos por vía respiratoria-----90
- Administración de fármacos por vía enteral-----94
- Administración de fármacos por vía sublingual-----95
- Administración de fármacos por vía oftalmológica-----96
- Administración de fármacos por vía vaginal-----98
- Administración de fármacos por vía rectal-----99

J. Procedimientos relacionados con los cuidados en el paciente quirúrgico:

- Preparación preoperatoria-----101
- Traslado de paciente a pabellón-----103
- Cuidados en sala postquirúrgicos -----104
- Cambio de cámara de drenaje pleural-----105
- Curación de heridas operatoria-----108

K. Procedimientos relacionados con los cuidados en el paciente traumatológico

- Paciente con yeso de bota corta-----110
- Curación de tutores externos-----112
- Instalación de sistema de tracción de partes blanda-----113

L. Procesos Administrativos de enfermería

- Manejo de la Ficha clínica-----115
- Ingreso de Enfermería-----116
- Egreso de Enfermería-----116
- Traslado de paciente-----116
- Alta del paciente-----116
- Entrega y Recepción de turno de enfermería-----117

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 4 de 123

- Aplicación de Escala de Braden Bergstrom-----118
- Aplicación de pauta de Categorización Usuaría por Riesgo-Dependencia (CUDYR) -----118
- Aplicación índice de Barthel en HUAP-----118
- VI. Distribución-----118
- VII. Referencias bibliográficas-----118
- VIII. Modificación del Documento-----120
- IX. Anexos: -----121

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 5 de 123

I. INTRODUCCIÓN

La protocolización de los cuidados está concebida como un instrumento de soporte de la práctica clínica, que permitirá a los integrantes del equipo de salud contar con bases conceptuales para la realización de procedimientos más frecuentes que se realizan en las diferentes Unidades clínicas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP). A su vez, permitirá unificar y estandarizar, evitar la variabilidad en los procedimientos, haciendo énfasis en que las prestaciones entregadas sean oportunas, seguras, de calidad, dentro de un trato humano y empático, respetando los valores culturales y condiciones igualitarias de género.

La elaboración del presente Manual de Procedimientos Generales de Enfermería es una actualización del trabajo realizado por profesionales de años anteriores y que ahora incorpora nuevos elementos de acuerdo a los avances de la tecnología y la ciencia. Además, se ha puesto énfasis en la seguridad, componente esencial y crítico de la calidad de la atención de salud, el cual requiere para su efectiva garantía un enfoque en los aspectos relacionados con la aparición de eventos adversos, su prevención, los sistemas de información, los profesionales que desarrollan los procesos y la participación activa de los pacientes como un garante más de la seguridad del mismo. (2)

II. OBJETIVOS

General

- Estandarizar procedimientos clínicos y administrativos del equipo de enfermería más frecuentes que se realizan en las diversas unidades clínicas del HUAP, con el fin colaborar con una atención segura y de calidad.

Específicos

- Describir el paso a paso de los procedimientos más frecuentes realizados por el equipo de enfermería en el HUAP.
- Disminuir la variabilidad en las diferentes técnicas y procedimientos que se realizan en el hospital.

III. ALCANCE

- A todo el personal del equipo de salud de las Unidades Clínicas o de Apoyo del HUAP.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 6 de 123

IV. DEFINICIONES:

- **Administración de medicamentos:** proceso ejecutado por profesionales de la salud y técnicos de enfermería nivel superior, mediante el cual un paciente recibe el fármaco indicado por el médico, por diferentes vías de entrada a su organismo; endovenoso (e.v) intramuscular (i.m) subcutáneo (s.c) vía oral (v.o) inhalación, rectal, vaginal, y otras determinadas según el fármaco y la condición clínica del paciente, con la finalidad de lograr una óptima absorción, concentración plasmática y eficacia.
- **CUDYR:** categorización de usuarios según dependencia y riesgo de cuidados.
- **CUP:** catéter urinario permanente.
- **Dosis:** es la cantidad de principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma, en función de la presentación, que se administrará de una vez.
- **DAU:** Dato de atención de Urgencia.
- **Error de medicación (E.M):** acontecimiento que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento, mientras que la medicación está bajo control del personal sanitario del paciente.
- **Evento Adverso:** es un suceso imprevisto, que causa incapacidad y/o daño al paciente, derivado de la atención en salud o de la falta de atención y no de la enfermedad de base del paciente.
- **IAAS:** infecciones asociadas a la atención de salud.
- **Incidente:** acción u omisión de la atención sanitaria, producido por error o no, sin daño para el paciente, pero que pudo haberlo producido.
- **Equipo de enfermería:** es el equipo de trabajo compuesto por profesionales de enfermería, técnicos de enfermería nivel superior y auxiliares de servicio.
- **Enfermera/o jefe de turno de Unidad Clínica:** profesional de enfermería encargada/o de la organización administrativa del turno y en horario hábil es el referente de la jefatura de enfermería para la toma de decisiones.
- **ECG:** es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.
- **EPP:** elementos de protección personal (guantes, mascarilla, delantal)

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 7 de 123

- **Escala conductual del dolor BPS:** Es una escala de valoración del dolor basada en indicadores conductuales. (para paciente crítico) Evalúa el estado del rostro, movimiento de las extremidades superiores y gemidos en pacientes no intubados al estímulo doloroso.
- **HMC:** hemocultivo
-
- **WVC:** vía venosa central
- **VVP:** vía venosa periférica
- **PICC:** catéter central de inserción periférica.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 8 de 123

V. DESARROLLO DEL PROCESO:

A. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERIA:

1. Control de temperatura: medir a través de un termómetro la temperatura corporal del paciente en un momento dado.

Objetivo:

- Conocer la temperatura corporal del paciente.

Responsable:

- EU Clínico: Programar y supervisar ejecución del procedimiento.
- TENS: Ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Termómetro digital.
- Sachet de alcohol Isopropílico al 70%.
- Guantes de procedimiento (EPP)
- Toalla de papel.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Previo a la colocación de termómetro secar hueso axilar con toalla de papel.
6. Colocar el bulbo sensor, en el centro del hueso axilar y bajar el brazo del paciente manteniéndolo cerrado y ligeramente presionado contra el cuerpo, hasta escuchar una alarma sonora. (cuando el sensor detecta la temperatura corporal máxima emite un sonido)
7. Retirar el termómetro y leer el valor obtenido.
8. Limpiar el termómetro con un sachet de alcohol, desde lo más limpio a lo más contaminado y guardarlo en el sitio destinado para ello en la unidad del paciente.
9. Dejar cómodo al paciente.
10. Retirar EPP y realizar higiene de manos según normativa IAS.
11. Registrar el valor medido en la Hoja de enfermería y/o DAU electrónico.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
	Página 9 de 123	

Importante: si se pesquiza alguna alteración en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Control temperatura central:

Objetivo: medir a la temperatura de los órganos vitales internos, (corazón, pulmones y cerebro) a través de un termómetro central.

Materiales:

- Termómetro esofágico (sonda)
- EPP, según norma IAAS
- Lubricante hidrosoluble (vaselina)
- Cable y monitor destinado para control de temperatura central

Responsable:

- Enfermera/o clínica/o.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP según normativa IAAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente semisentado (35-45°).
6. Valorar cavidad nasal:

- Cornele → descartar un desvío pronunciado que impida instalación del termómetro. En caso de existir, considere instalar sonda por el otro orificio nasal.
- Permeabilidad → identificar sequedad y/o secreciones que dificulten el paso del termómetro.
- 7. Medir longitud del termómetro a introducir:
 - Nasogastrica → desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y xifoidea.
 - Orogastrica → desde la boca al lóbulo de la oreja y xifoidea.
- 8. Lubricar punta de la sonda con agua bidestilada e introducir suavemente por el orificio nasal elegido hacia la orofaringe mientras el colaborador sostiene.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 10 de 123

***Importante:** si el paciente presenta náuseas, retirar sonda un par de centímetros y esperar para volver a introducirla.*

9. Verificar el valor en monitor de cabecera del paciente y registrar el valor obtenido.
10. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según normativa de IAAS.
11. Dejar cómodo al paciente.
12. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH.

***Importante:** Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

- *Mantener dispositivo instalado fijo con tela a la nariz, disponible para próximos controles, según indicación médica.*

2. Control de la Frecuencia Respiratoria (FR):

Objetivo: Conocer la frecuencia respiratoria del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU Clínico: Programar según indicación médica y supervisar ejecución del procedimiento.
- TENS: Ejecución del procedimiento

Materiales:

- EPP, según norma IAAS
- Monitor multiparámetros para la medición de FR.
- Electrodos, para eventual cambio.
- Reloj con segundero.

• Procedimiento para control Manual de la FR:

1. Reunir los materiales necesarios (reloj con segundero).
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAAS.
3. Identificar mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo (no venga de una actividad que lo haya agitado, por ejemplo, baño).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 11 de 123

6. Verificar que la zona del tórax se encuentre despejada para una adecuada visualización de las elevaciones torácicas.
7. Contar las elevaciones del tórax en un minuto y observar las características de la respiración (profundidad, ruidos agregados, etc.).
Importante: se requiere que el paciente no perciba que se están contando las respiraciones, porque puede provocarle ansiedad y alterar la respiración.
8. Retirar EPP y realizar higiene de manos según normativa I.A.S.
9. Registrar el valor obtenido en la Hoja de Enfermería o DAV en la UEH.
Importante: si se pesquisa alteraciones en el valor obtenido o en las características de la respiración, avise inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

• **Procedimiento para control de la FR mediante monitor (automatizado):**

1. Reunir los materiales necesarios
 2. Realizar higiene de manos e instalar EPP según normativa I.A.S.
 3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo (no venga de una actividad que lo haya agitado, por ejemplo, baño).
 6. Verificar que los electrodos se encuentren bien adheridos a la piel del paciente, además, que los cables del monitor se encuentren bien posicionados (R=derecha; L=izquierda y L= cuadrante superior izquierdo).
 7. Leer el valor obtenido en la pantalla del monitor.
 8. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de I.A.S.
 9. Registrar el valor obtenido en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAV en la UEH.
- Importante: si se pesquisa alteraciones en el valor o en las características de la respiración, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 12 de 123

3. Control de la Presión Arterial (PA):

Objetivo: Conocer los valores actuales de la presión arterial del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU Clínico: Programar, supervisar y ejecutar el procedimiento.
- TENS: Ejecución y/o colaboración en el procedimiento.

Materiales:

- Equipo electrónico automatizado para medición de PA (equipo o monitor de cabecera).
- Manguito de presión del tamaño acorde a grosor del brazo del paciente.
- Equipo de medición continua, método invasivo con línea arterial. (línea arterial)

Procedimiento para control de PA no invasiva (PANI)

1. Reunir los materiales necesarios.
 2. Realizar higiene de manos, según normativa IAS.
 3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
 4. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo (no venga de un procedimiento que lo haya agitado, baño).
 5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 6. Paciente debe estar sentado en una silla y/o en su cama.
 7. Retirar la ropa o camisa del brazo en la cual se realizará el control de la presión arterial, asegurándose de dejarlo libre a los menos hasta la mitad de su brazo.
 8. Colocar el manguito a 2 cm sobre el codo.
 9. Presionar en el monitor activar, para iniciar la medición y obtener el valor.
- Importante: asegurarse que el paciente mantenga el brazo estirado mientras se realiza la toma de la presión.*
10. Retirar manguito y limpiarlo, según norma de IAS.
 11. Dejar cómodo al paciente y con las barandas en alto.
 12. Realizar higiene de manos, según norma de IAS
 13. Registrar el valor obtenido en la hoja de enfermería y/o en el DAU en la UEH.

	HOSPITAL DE URGENCIAS ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 13 de 123

Importante: en caso de haber pesquisado alteraciones en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Procedimiento control de PA Invasiva (PAI) (revisar Manual de Unidad de Paciente Crítico página 13-18).

Esta medición requiere que el paciente cuente con una línea arterial.

1. Realizar higiene de manos, según normativa IAAS.
 2. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
 3. Verificar que el eje flebotático del set de la línea se encuentre alineado con el 4to espacio intercostal del paciente, calibrado y cero realizado en cada control.
 4. Verificar que el matraz sea sólo de suero fisiológico de 250 ml y se encuentre con más de 1/4 de su capacidad y con el apurador a 300 mm hg.
 5. Verificar en el monitor de la cabecera del paciente, que la onda de pulso arterial corresponda a la onda de línea arterial.
 6. Leer el valor obtenido.
 7. Realizar higiene de manos, según normativa de IAAS.
 8. Registrar el valor obtenido en la hoja de enfermería y/o en el DAU en la UEH.
- Importante:** en caso de haber pesquisado alteraciones en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería o médico a cargo.

Control de la Frecuencia Cardíaca: (FC)

Objetivo: Conocer la frecuencia cardíaca del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU Clínico: Programar y supervisar la correcta ejecución del procedimiento.
- TENS: Ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Equipo electrónico automatizado para medición de FC (equipo o monitor de cabecera)
- Electrodos y cable central monitor multiparámetros
- Reloj con segundero.

Procedimiento de control de FC de forma manual

1. Realizar higiene de manos, según normativa IAAS.
2. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 14 de 123

3. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 4. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo (en el caso del regreso de un procedimiento esperar 5 min, baño).
 5. Posicionar los dedos índice y medio en borde externo de la muñeca para control de pulso radial.
 6. Una vez ubicado el pulso, contar las pulsaciones en un minuto.
 7. Realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 8. Registrar el valor obtenido en la hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.
- Importante: en caso de haber pesquisado alteraciones en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería y/o médico/a cargo.*

Procedimiento para control de FC con equipo automatizado o monitor

1. Reunir los materiales necesarios.
 2. Realizar higiene de manos, según normativa IAAS.
 3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo, en el caso de que el paciente regrese de un procedimiento, esperar 5 min y /o caso que se le haya realizado previamente aseo y / o baño.
 6. Verificar que los electrodos se encuentren bien adheridos a la piel del paciente. Además, que los cables del monitor se encuentren bien posicionados. (RA=derecho; LA=izquierdo y LL= cuadrante superior izquierdo).
 7. Leer el valor obtenido en el equipo o monitor.
 8. Dejar cómodo al paciente.
 9. Realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 10. Registrar el valor obtenido en la hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.
- Importante: en caso de haber pesquisado alteraciones en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería y/o médico a cargo.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 15 de 123

5. Control de Saturometría/Oximetría de pulso (SatO2)

Objetivo: Conocer los valores de saturación de oxígeno del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU Clínico: Programar, supervisar la correcta ejecución del procedimiento.
- TENS: colaboración o ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Saturómetro portátil o monitor multiparámetros.
- Solución quitaesmalte (si se requiere).

Procedimiento:

1. Reunir los materiales necesarios.
2. Realizar higiene de manos, según norma I.A.S.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo, en el caso de que el paciente regrese de un procedimiento, esperar 5 min y también en el caso que se le haya realizado previamente aseo y / o baño.
6. Verificar que las condiciones del lecho ungual estén óptimas para instalar el dispositivo para el control de la SatO2:
 - sin esmalte de uñas: si está presente, retirar.
 - bien perfundido: llene capilar > 0 = a 3 segundos.
7. Una vez verificado el lecho ungual seleccionado, colocar el saturómetro asegurándose que la luz del equipo quede sobre la uña.
8. Leer el valor obtenido en la pantalla del equipo.
9. Retirar y limpiar saturómetro si el equipo es portátil, si utiliza equipo de monitorización continua, rotar el dispositivo de dedo.
10. Realizar higiene de manos, según norma de I.A.S.
11. Registrar el valor obtenido en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.

Importante: en caso de haber pesquisado alteraciones en el valor obtenido, avisar inmediatamente al profesional de enfermería y/o médico a cargo.

6. Control de glicemia capilar:

Objetivo: Conocer el valor de la glicemia capilar del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU clínico: Ejecución del procedimiento
- TENS: Asistencia en el procedimiento

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Glucómetro.
- Lancetas para punción.
- Cintas o tiras reactivas para test de glucosa.
- Tórula de algodón
- Contenedor para eliminación de elementos cortopunzantes.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario y verificar el correcto funcionamiento del glucómetro.
 2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Seleccionar el dedo a puncionar, frotar y presionar suavemente la yema del dedo, luego, limpiar con una tórula seca.
 6. Insertar la tira reactiva en el glucómetro.
 7. Puncionar la yema con una lanceta o aguja (preferentemente en la zona lateral de la yema del dedo).
 8. Colocar una gota de sangre en la tira reactiva y con la tórula de algodón presionar suavemente sobre la zona puncionada.
 9. Esperar la señal auditiva del equipo y leer el valor obtenido.
 10. Sacar la tira reactiva del glucómetro y eliminarla, según protocolo de REAS.
 11. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.
 12. Registrar el valor obtenido en la Hoja de enfermería y/o en el DAU en la UEH.
- Importante:** si se pesquiza alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente a médica/o cargo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 17 de 123

7. Toma de Electrocardiograma (ECG)

Definición: conocer el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, detectada a través de electrodos, colocados en la superficie corporal del tórax y conectados a un electrocardiógrafo. Se obtienen 12 derivaciones, 6 frontales y 6 precordiales, que proporcionan información desde distintos puntos del corazón.

Objetivo: conocer el registro de la actividad eléctrica del corazón del paciente en el momento del control.

Responsables:

- Médico/a: indicación.
- EU clínica/o: Ejecución del procedimiento
- TENS: Asistencia en el procedimiento

Materiales:

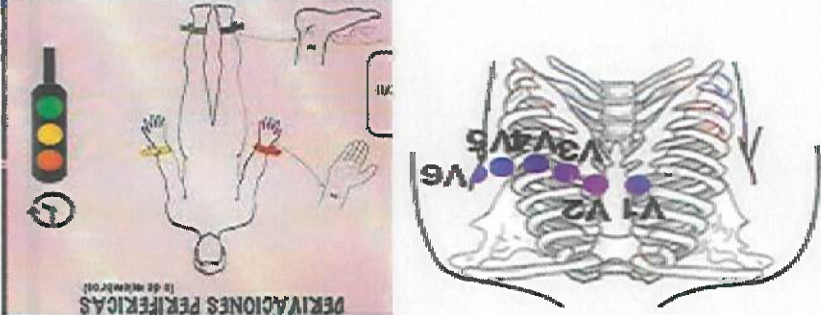
- Electrocardiógrafo con papel de registro.
- Cable accesorio de electrocardiógrafo de 12 derivaciones.
- Electrodos adhesivos o de succión y pinzas de contacto.
- Gel conductor.
- Clipera o tijera para corte de vello, si se requiere.
- Sachet de alcohol isopropílico al 70%.
- Toalla de papel.

Procedimiento:

1. Reunir los materiales necesarios para la realización del procedimiento.
2. Conectar el electrocardiógrafo a la red eléctrica, verificar su funcionamiento y la cantidad de papel para el registro.
3. Programar el electrocardiógrafo ingresando: datos del paciente, velocidad y amplitud.
4. Realizar higiene de manos, según norma IAAS.
5. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
6. Explicar el procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
7. Verificar que el paciente se encuentre tranquilo (no venga de una actividad que lo haya agitado, por ejemplo, baño) y acomodarlo en posición decúbito supino.
8. Descubrir su tórax y de forma parcial y la zona distal de sus 4 extremidades.
9. Retirar todos los elementos metálicos que tenga el paciente (reloj, cinturonés, cables de monitorización, entre otros).

10. Verificar que la superficie torácica, ésta se debe encontrar en óptimas condiciones para fijar los electrodos, es decir, limpia, seca y sin exceso de vello. Si no es así, debe ser limpiada, secada y/o cortado los vello.
11. Posicionar los electrodos como se muestra en la Figura Nº1 cerciorándose que queden bien adheridos a la piel del paciente.
12. Solicitar al paciente que se mantenga relajado, respirando normal y sin hablar.
13. Tomar el ECG y verificar que el trazado esté tomado en forma correcta.
14. Retirar los electrodos, dejando la piel del paciente limpia y seca.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Dejar limpio y ordenados los electrodos y electrocardiógrafo. (para un próximo uso)
17. Realizar higiene de manos según norma de I.A.S.
18. Registrar la toma de ECG en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAV en la UEH y entregar al médico a cargo.

Figura Nº 1: Derivaciones precordiales:



V1: 4° espacio intercostal, línea parasternal derecha, V2: 4° espacio intercostal línea parasternal izquierda, V3: entre V2 y V4, V4: 5° espacio intercostal izquierdo, línea clavicular media, V5: 5° espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior, V6: 5° espacio intercostal izquierdo, línea axilar media. R: brazo derecho, L: brazo izquierdo, E: pierna izquierda y N: pierna derecha.

Importante: En el trazado ECG se debe registrar la identificación del paciente: nombre, Rut y Ficha, fecha de toma y nombre del responsable, dejando el documento adjunto en ficha clínica del paciente.

- ECG con derivaciones posteriores.



8.Valoración del dolor.

Objetivo: Conocer el nivel de dolor del paciente en el momento de la aplicación de la escala.

Responsables:

- EU clínico: Evaluación del dolor

Materiales:

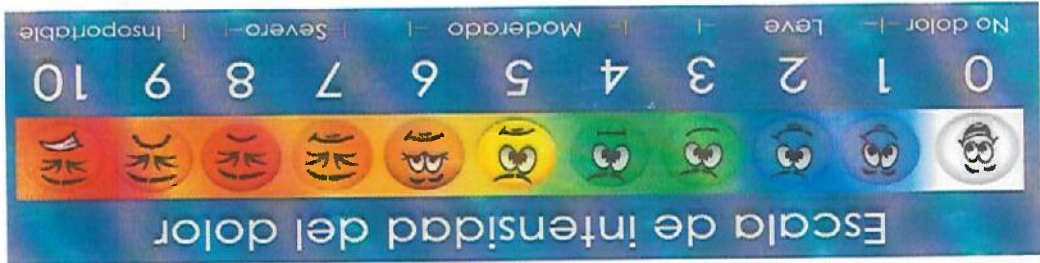
- Escala valorica análoga del dolor (Figura Nº2).

Procedimiento en pacientes conscientes y que pueden colaborar:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos, según norma IAS.
3. Verificar identidad del paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Aplicar escala visual análoga del dolor para determinar intensidad (Figura Nº2).
6. Solicitar al paciente que describa el tipo de dolor: punzante, urente, etc.
7. Solicitar al paciente que indique dónde siente el dolor. Si es ambigua la respuesta, realizar palpación de las zonas sugerentes de dolor y evaluar fascie y/o alteración hemodinámica.
8. Evaluar si paciente presenta posiciones antiálgicas. (posición fetal por ej.)
9. Dejar cómodo al paciente.
10. Realizar higiene de manos, según norma de IAS.

11. Registrar los datos obtenidos (intensidad, localización, características, etc.) en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.
Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, *avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Figura Nº 2



Nota: En caso del paciente crítico que no se encuentre en condiciones de indicar si tiene dolor por limitación en su capacidad de comunicarse (déficit neurocognitivo, uso de tubo endotraqueal) y/o alteración de conciencia (sedación profunda) se utilizará, la escala conductual del dolor BPS y también la herramienta observacional del dolor en cuidado críticos CPOT.

9.Valoración del nivel de conciencia:

Objetivo: Conocer el estado de conciencia del paciente en el momento de control.

Responsables:

- EU clínico/a: Aplicación de la escala de Glasgow.

Materiales:

- Lámina ayuda memoria con Escala de Glasgow
- EPP, según norma de IAS

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos, según norma IAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Aplicar Escala de Glasgow (Figura Nº 3).
5. Dejar cómodo al paciente.
6. Realizar higiene de manos, según norma de IAS.
7. Registrar el puntaje total obtenido y los valores de cada uno de los ítems evaluados en la Hoja de enfermería y /o en el DAV en la UEH.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, *avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Figura N° 3:

Escala de coma de Glasgow		
Respuesta motriz	6	5
Obedece órdenes	6	5
Localiza el dolor	5	4
Se retira al dolor	4	3
Flexiona al dolor (decoricación)	3	2
Extiende al dolor (descerebración)	2	1
Sin respuesta	1	
Apertura ocular	4	3
Esponánea	4	3
A órdenes verbales	3	2
Al dolor	2	1
Sin respuesta	1	
Respuesta verbal	5	4
Orientado	5	4
Conversación confusa	4	3
Palabras inapropiadas	3	2
Sonidos incomprensibles	2	1
Sin respuesta	1	
Máxima puntuación posible	15	
Mínima puntuación posible	3	

B. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ASEO Y CONFORT DEL PACIENTE:

1. Baño en cama:

Responsables:

- EU clínico: Programar y supervisar el correcto procedimiento. En caso de ser necesario también es responsable de su ejecución.
- TENS: ejecución del procedimiento.
- Auxiliar de Servicio, cuando se requiera su apoyo.

Materiales:

- EPP (pechera, guantes de procedimientos, mascarilla, antiparras)
- Lavatorio y jarro
- Jabón neutro
- Champú y desodorante.
- Paños en uso wypal

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA
Código: GCL 1.2	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO
Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
Página 22 de 123	

- Contenedor de ropa sucia o bolsa de ropa contaminada)
- Bata paciente.
- Ropa de cama.
- Biombo.

Procedimiento:

Por seguridad del paciente y del operador, el procedimiento debe ser realizado por 2 personas.

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Cerrar puertas y ventanas y colocar un biombo respetando la privacidad y el pudor del paciente.
6. Uno de los operadores debe preparar un lavatorio con agua a temperatura templada, mientras el otro operador posiciona al paciente en decúbito supino o según lo indicado por el profesional de enfermería.
7. Ambos operadores ejecutan el baño considerando:

- *Realizarlo de cefalo a caudal y por segmentos: comenzar por cabeza, cuello, tronco, abdomen y luego extremidades superiores. Posteriormente, espalda y glúteos. Continuar con extremidades inferiores, finalizando con zona anal y genital.*
- *cubrir con una sábana las zonas de cuerpo que no se están aseando a medida que se van aseando las otras.*
- *lavar y secar de manera inmediata las zonas aseadas, colocando énfasis en los pliegues cutáneos.*
- *cambiar el agua y paños de aseo, principalmente si las áreas aseadas están muy sucias y/o con fluidos corporales.*
- *Si el operador tiene contacto con zonas contaminadas y/o con fluido corporal se debe cambiar inmediatamente sus guantes de procedimiento y realizar lavado clínico de manos, según norma de IAAS.*

8. En pacientes con dispositivos invasivos, se debe tener cuidado en el desplazamiento y/o retiro al sacar la ropa, se debe movilizar, asear y/o secar.
9. En pacientes con monitorización del ritmo cardíaco, no retirar los electrodos, cuidar de no mojarlos y si se mojan reemplazarlos.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
	Página 23 de 123	

10. Una vez aseado el paciente, desconectar el colchón de la corriente eléctrica y limpiar junto con los elementos de apoyo para la prevención de LP, según normativas locales.

11. Cambiar sábanas, dejando las sucias en el contenedor correspondiente (no en el suelo).

12. Uno de los operadores debe lavar el lavatorio y jarro utilizados, se debe dejar seco y posteriormente guardar en Área Sucia.

13. Ambos operadores deben dejar cómodo al paciente.

14. Ambos operadores retiran EPP y realizan higiene de manos, según norma de IAAS.

15. Registrar procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH. *Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería y/o médico/a a cargo.*

- A continuación, se describe el procedimiento de aseo y confort, según zona corporal del paciente:

2. Aseo de la cavidad oral:

Objetivo: Mantener la cavidad oral libre de secreciones e hidratada.

Responsables:

- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el correcto procedimiento.
- TPM: ejecución del procedimiento.

Aseo en paciente consciente y autónomo:

Materiales:

- Pasta y cepillo dental suave.
- Vaso con agua.
- Lavatorio.
- Toalla o papel para secar.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente en decúbito supino a 60° a 90° si no existe contraindicación.

6. Colocar toalla de papel en el tórax del paciente, para evitar que se ensucie y/o moje.

7. Entregar material al paciente para que realice su aseo bucal.

8. Verificar presencia de prótesis extraíble. Si la presenta, solicitar al paciente que se la retire y la limpie con cepillo y pasta dental. Posteriormente, que se lave cavidad oral (mucosas y lengua).

9. Si el paciente no cuenta con prótesis extraíble, solicitar que se lave su dentadura, mucosas y lengua.

10. Retirar material utilizado, limpiar y dejar guardado en Área Sucia.

11. Dejar cómodo al paciente y siempre barandas en alto.

12. Realizar higiene de manos, según norma de IAAS.

13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.

• Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Consideraciones:

Si el paciente presenta alguna limitación física que no le permita realizar su aseo de manera autónoma, el operador debe realizarlo siguiendo los mismos pasos descritos anteriormente, estimulando la participación del paciente en los pasos que él pueda realizar. Si es usuario de prótesis dental, dejar registro en Hoja de enfermería.

Aseo bucal: (paciente con compromiso de conciencia)

Objetivo: mantener la cavidad oral limpia, libre de secreciones

Responsables:

- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento correcto.

- TENS: Ejecución del procedimiento.

Materiales: (depende de la condición del paciente)

- Hisopos.

- Agua.

- Antiséptico en uso, clorhexidina 0,12%

- Rincón limpio o vaso.

- Toalla o papel.

- Sistema y sondas de aspiración.

- EPP. (guantes, mascarilla, delantal)

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 25 de 123

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según norma IAAS.
 3. Identificación del paciente mediante brazalete de identificación.
 4. Posicionar al paciente en decúbito supino a 45° o Fowler si no existe contraindicación médica.
 5. Colocar toalla de papel en el tórax del paciente, para evitar que se ensucie y/o moje.
 6. Verificar funcionalidad de sistema de aspiración.
 7. Realizar aspiración de secreciones bucofaríngeas si se requiere.

Importante: al finalizar, inmediatamente retirar guantes de procedimientos, realizar higiene de manos con agua y jabón e instalar nuevos guantes de procedimiento.
 8. TENS mantiene cavidad oral del paciente abierta y la cabeza levantada, mientras realiza aseo bucal:
 - poner agua en un riñón/vaso limpio para humedecer el cepillo dental.
 - Limpiar la dentadura por arrastre tanto la cara interna como externa.
 - humedecer un hisopo y limpiar por arrastre el paladar, mucosas y lengua, lubricar con vaselina en pacientes que presenten grietas o sangramiento por alteración de las pruebas de coagulación.

Importante: se debe cambiar el hisopo las veces que sea necesario, usar vaselina líquida si hay presencia de secreciones secas y/o pegadas, ya que es difícil retirarlas sin ocasionar lesiones en las mucosas.

 - humedecer hisopo con solución de clorhexidina al 0,12% y aplicar en dentadura, paladar, mucosas y lengua.
 9. Limpiar y dejar guardado los materiales, en dispositivo provisto en la unidad del paciente.
 10. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 11. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAU en la UEH.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 26 de 123	

Aseo bucal en paciente con dispositivo invasivo en la vía aérea: (TET o TQT)

Objetivo: Mantener la cavidad oral libre de secreciones e hidratada.

Responsables:

- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento correcto.
- TENS: Ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Cepillo dental suave.
- Hisopos.
- Agua.
- Antiséptico en uso, clorhexidina 0,12%
- Riñón limpio o vaso.
- Toalla o papel.
- Sistema de aspiración y sondas de aspiración.
- EPP. (guantes, mascarilla, delantal)

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según norma IAS.
 3. Identificación del paciente mediante brazalete de identificación.
 4. Posicionar al paciente en decúbito supino a 45° si no existe contraindicación.
 5. Colocar toalla de papel en el tórax del paciente, para evitar que se ensucie y/o moje.
 6. Verificar funcionalidad de sistema de aspiración.
 7. Realizar aspiración de secreciones bucofaríngeas si se requiere.
- Importante: al finalizar, inmediatamente retirar guantes de procedimientos, realizar higiene de manos con agua y jabón e instalar nuevos guantes de procedimiento.*
8. TENS mantiene cavidad oral del paciente abierta y la cabeza levantada, mientras realiza aseo bucal:

- poner agua en un riñón/vaso limpio para humedecer el cepillo dental.
- Limpiar la dentadura por arrastre tanto la cara interna como externa.
- humedecer un hisopo y limpiar por arrastre el paladar, mucosas y lengua, lubrificar con vaselina en pacientes que presenten grietas o sangramiento por alteración de la coagulación.

Importante: se debe cambiar el hisopo las veces que sea necesario, usar vaselina líquida si hay presencia de secreciones secas y/o pegadas, ya que es difícil retirarlas sin ocasionar lesiones en las mucosas.

- humedecer hisopo con solución de clorhexidina al 0,12% y aplicar en dentadura, paladar, mucosas y lengua.

9. Previamente, el EU clínico debe medir la presión del cuff del TET o TQT. Importante: Si el paciente presenta fugas en su vía aérea con el cuff inflado con el máximo de la presión recomendada (25-32 cmH₂O), debe avisar inmediatamente al médico a cargo.

10. EU clínico debe sostener con sus manos TET o TQT para evitar su desplazamiento mientras el TENS realiza el aseo bucal.

- humedecer hisopo o cepillo dental.
- humedecer un hisopo y limpiar por arrastre dentadura (cara interna y externa), paladar, mucosas y lengua.

Importante: se debe cambiar el hisopo las veces que sea necesario y/o usar vaselina líquida si hay presencia de secreciones secas y/o pegadas, ya que es difícil retirarlas sin ocasionar lesión en las mucosas, lo mismo si hay grietas por ressequedad o sangramiento en pacientes con alteración de las pruebas de coagulación.

- Humedecer el hisopo con solución antiséptica de clorhexidina al 0,12% y aplicar en dentadura, paladar, mucosas y lengua.

11. Cambiar cinta de fijación del TET y dejar fijado a los cm indicados en la Hoja de enfermería, en caso contrario avisar al médico/a.

12. Limpiar y dejar guardado los materiales utilizados, en dispositivo provisto en la unidad del paciente.

13. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

14. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.

15. Registrar procedimiento en Hoja de enfermería y/o en el DAU en la UEH especificando presión del cuff y nivel del TET en que se dejó fijado.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a a cargo.

3. Aseo nasal:

Objetivo: mantener la cavidad nasal libre de secreciones.

Responsables:

- EU clínico: Programar y supervisar el correcto procedimiento.
- TENS: ejecución del procedimiento

Materiales:

- EPP
- Gasas o apósito.
- Ampollas de suero fisiológico 0,9%.
- Toalla de papel.

- Lavatorio o riñón limpio.

Aseo nasal en paciente sin sonda nasointestinal:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente en decúbito supino a 45°, si no existe contraindicación.
6. Colocar en riñón limpio con suero fisiológico y humedecer las gasas.
7. Limpiar fosa nasal con gasa humedecida mediante movimientos rotatorios suaves evitando provocar el estornudo.
8. Eliminar gasa en el contenedor respectivo.
9. Repetir el procedimiento en la otra fosa nasal y las veces que sea necesario en cada una de ellas.

Importante: no reutilizar gasas para asear nuevamente o para limpiar la otra fosa nasal.

10. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
11. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
12. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.

Importante: si se descubre alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Aseo nasal en paciente con sonda nasointestinal:

- Realizar los mismos pasos que procedimiento anterior desde el punto 1 al 6, luego:
7. Retirar fijación del dispositivo (sonda) teniendo la precaución de no desplazarlo, observando a cuántos centímetros está marcada la fijación.
 8. Verificar si hay presencia de LPP en ese caso, rotar de posición de la sonda.
 9. Realizar aseo de las fosas nasales con gasa humedecida mediante movimientos rotatorios suaves, evitando provocar el estornudo, siempre teniendo la precaución de no desplazar la sonda.
 10. Fijar la sonda teniendo la precaución de dejarla al mismo nivel (cms) que estaba.
 11. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

12. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAS.

13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAV en la UEH.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

4. Aseo ocular:

Objetivo: mantener globos oculares limpios, libres de secreciones.

Responsables:

- EU clínico: Programar y supervisar el correcto procedimiento.
- TENS: ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Recipiente (lavatorio o riñón).
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico estéril al 0.9 %

Procedimiento:

1. Reunir los materiales necesarios.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
3. Identificar mediante su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente en decubito supino a 35° si no existe contraindicación.
6. Agregar suero fisiológico al recipiente limpio y humedecer las gasas.
7. Limpiar primero un ojo, desde el ángulo interno del ojo, hacia afuera unidireccionalmente. En caso de requerir repetirlo, ocupar una nueva gasa.
8. Eliminar gasa y utilizar una nueva para limpiar el otro ojo.

Importante: siempre debe limpiar primero el ojo más limpio terminando por el más sucio.

9. Una vez terminado el procedimiento, en caso de ser necesario secar con gasa estéril. En pacientes inconscientes o sedados, dejar zona ocular y los párpados cerrados.
10. Eliminar el material sucio en los contenedores para ello.
11. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
12. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAV en la UEH.

***Importante:** si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

5. Aseo oído externo:

Objetivo: Mantener el pabellón auricular y el conducto auditivo externo, limpio y seco.

Responsables:

- EU clínico: Programar y supervisar el procedimiento
- TENS: ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento
- Gasas
- Agua
- Recipiente o riñón limpio

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP según norma I.A.S.
3. Identificar paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Colocar agua en el recipiente limpio y humedecer las gasas.
6. Lateralizar la cabeza del paciente si no existe contraindicación.
7. Limpiar el primer oído con una de las gasas humedecidas, comenzando por el pabellón auricular, con énfasis en los pliegues y región retroauricular. Al finalizar eliminar la gasa.
8. Con una nueva gasa humedecida, limpiar el conducto auditivo externo con movimientos rotatorios.
9. Continuar con el otro oído limpiando el pabellón auricular primero y luego el conducto auditivo.
10. Eliminar el material sucio en los contenedores para ello.
11. Dejar cómodo al paciente.
12. Retirar EPP e higienizar las manos, según norma de I.A.S.
13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.

***Importante:** si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo*

Aseo genital:

Objetivo: Mantener zona genital limpia y seca

Responsable:

- EU clínico: Programar, supervisar la ejecución del correcto procedimiento.
- TENS: ejecución del procedimiento.

Materiales:

- EPP
- Jarro limpio.
- Paños de aseo (apósitos de 10x10 cm)
- Chata.
- Toalla de papel para secar.
- Biombo.
- Pañales desechables (si se requiere).

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Identificar al paciente mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Colocar el biombo para proteger su privacidad.
6. Colocar agua tibia en el recipiente limpio y humedecer alguno de los apósitos de aseo.
7. Acomodar al paciente en decúbito supino si no existen contraindicaciones médicas y utilizar técnica de cama partida.
8. Colocar la chata.

En paciente de sexo masculino:

1. Tomar el pene con una de sus manos y con la otra mano, dejar escurrir el agua desde el prepucio hacia el escroto.
2. Limpiar el pene por arrastre con un apósito humedecido, desde el glánde hasta la base, sin devolverse y eliminar el apósito.
3. Con un nuevo apósito húmedo, limpiar zona perianal pasando una sola vez desde la base del pene hacia la zona anal y eliminar.
4. Enjuagar con agua tibia, dejando escurrir el agua desde el prepucio hacia el escroto.

5. Secar con una toalla de papel verificando que la zona genital y glútea queden bien secas.

6. Verificar que quede el prepucio cubriendo el glande.

7. Retirar la chata y colocar un pañal si se requiere.

8. Eliminar el material sucio en los contenedores para ello.

9. Cambiar guantes de procedimiento, previa higiene de manos según norma de IAAS.

10. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

11. Limpiar y guardar los materiales utilizados en el Área Sucia.

12. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAAS.

13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAV en la UEH.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

En paciente de sexo femenino:

1. Solicitar a la paciente que flexione las piernas y separe las rodillas, ayudándola si lo requiere.

2. Separar con una de las manos los labios mayores con cuidado y dejar escurrir agua tibia.

3. Limpiar por arrastre con apósito húmedo, desde la zona superior de la vulva hasta el periné, de manera unidireccional y eliminar.

4. Repetir este paso las veces que sea necesario, utilizando una vez el apósito.

5. Enjuagar escurriendo agua tibia desde la zona superior de la vulva hacia el periné.

6. Secar con una toalla de papel manteniendo el principio de unidireccionalidad (desde zona superior de la vulva hasta el periné).

Importante: dejar bien seca la área genital y anal para evitar complicaciones.

7. Retirar la chata y colocar un pañal en caso de ser necesario.

8. Eliminar el material sucio en los contenedores para ello.

9. Cambiar guantes de procedimientos previa higiene de manos, según norma de IAAS.

10. Dejar cómoda a la paciente y barandas en alto.

11. Limpiar y guardar los materiales utilizados en la zona destinada para ello.

12. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAAS.

13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería y/o en el DAV en la UEH.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 33 de 123

Importante: si se descubre alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Preparación del paciente fallecido. (referirse al Protocolo del manejo del paciente fallecido)

Objetivo: Realizar preparación del cuerpo, limpieza y retiro de dispositivos médicos.

Responsable:

- EU clínico: Supervisar la correcta ejecución del procedimiento.

- TENS: Ejecución del procedimiento.

- Auxiliar de Anatomía Patológica: Traslado de Paciente.

- Médico: Realizar documentación requerida. (certificado de defunción, ficha del paciente)

Materiales:

- EPP.
- Gasas.
- Apósitos.
- Compresas.
- Vendas.
- Tijeras
- Tela.
- Pinzas.
- Equipo Sutura (si es necesario).
- Sutura (si es necesario).
- Sondas de aspiración.
- Rótulo autoadhesivo de identificación.
- Biombo.
- Jeringas
- Materiales para aseo del paciente.
- Sábanas

Procedimiento:

1. Verificar que el médico residente haya constatado fallecimiento y la hora, lo registre en la ficha clínica.
2. En presencia de la familia, proporcionar la asistencia en el proceso de duelo y facilitar la asistencia religiosa. (si procede).
3. Para iniciar la preparación del cuerpo, reunir el material necesario.
4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 34 de 123

5. Colocar el biombo para protección de su privacidad.
6. Levantar la cabecera de la cama ligeramente para evitar acumulación de líquidos en la cabeza o cara.
7. Retirar dispositivos, sondas, drenajes, catéteres, etc.
8. Realizar la higiene o baño del paciente cuidadosamente.
9. Aspirar cavidad orofaríngea en presencia de secreciones o sangre, etc.
10. Realizar taponamiento de los orificios naturales, heridas y cavidades, cuando se esperen secreciones abundantes, el taponamiento deberá ser generoso.
11. Instalar prótesis dental y fijación de la mandíbula inferior con venda de género.
12. Cerrar los párpados, y si es necesario fijar con tela.
13. Realizar Higiene de Manos.
14. El rótulo adhesivo de identificación con los datos del paciente y del deceso. Colocar rótulo adhesivo sobre el tórax del paciente fallecido con las letras orientadas hacia la cara del paciente, con la finalidad que puedan ser legibles desde la cabecera del fallecido. En el caso de pacientes quemados de no ser posible colocar en el tórax, pueden identificarse en la frente.
15. Acomodar el cuerpo y cubrir con sábanas limpias.
16. Colocar en bolsa plástica todas las pertenencias del paciente para ser entregadas a sus familiares.
17. Verificar que el médico haya realizado registro en ficha clínica, antes del traslado del paciente a la unidad de anatomía patológica.
18. El médico debe avisar a la familia el fallecimiento del paciente vía telefónica, cuando la familia no esté presente en el hospital.
19. Solicitar al auxiliar de servicio de Anatomía Patológica que realice el retiro de la Unidad y posterior traslado del paciente.
20. Registrar en Hoja de Enfermería procedimientos realizados.
21. Enviar ficha clínica a oficina de informaciones apenas el médico efectúe registros correspondientes. (certificado de defunción, hoja de estadísticas, epícrisis, etc.)

Importante:

- Aquellas heridas y ostomías que drenen fluidos en forma abundante, deben ser suturadas en la Unidad Clínica antes del traslado.
- En el caso de pacientes quirúrgicos que se encuentren con abdomen abierto (ejemplo ABTHERA), se debe llamar al equipo de cirugía para cierre de abdomen.

-En caso de pacientes fallecidos que se encuentren en unidad de emergencia hospitalaria con criterios de médico legal, se debe dar aviso a oficina 6 y/o Carabineros de turno, quienes deben avisar al fiscal a cargo para orden correspondiente.

C. PROCEDIMIENTOS RELACIONADO CON LAS VÍAS URINARIAS

1.Cateterismo vesical intermitente

Objetivo: Retirar la orina de la vejiga a través una sonda para su drenaje.

Responsables:

- Médico: Indicación
- EU. Clínico: Ejecución del procedimiento (operador1)
- TENS: colaborador en el procedimiento (operador 2)

Materiales:

- EPP (guantes de procedimiento y pechera manga larga).
- Materiales para aseó genital, según protocolo local.
- Guantes estériles.
- Equipo para sondaje vesical estéril (riñón y paño perforado)
- Sonda Nelaton calibre de acuerdo a la anatomía del paciente (se recomienda 14 FR).
- Lubrificante estéril o vaselina estéril.
- Mesa mayo.
- Copa graduada para medir la orina.
- Biombo.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Cerrar puertas y ventanas, cuidando la privacidad del paciente.
3. Colocar el biombo.
4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa I.A.S.
5. Identificarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
6. Explicar el procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
7. Acomodar al paciente en decúbito supino, bajar la cabecera y realizar aseó genital según norma.

8. Retirar guantes de procedimiento y realizar higiene de manos, según normativa de I.A.S.

9. Preparar material en mesa mayo.

10. Operador 1 debe:

- Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa I.A.S.
- Instalar guantes estériles, según normativa de I.A.S.
- Colocar un paño estéril alrededor de zona genital del paciente creando un campo estéril amplio.
- Colocar sobre paño estéril (bajo la zona genital) riñón estéril.

11. Operador 2 presenta a operador 1 sonda Nelaton con técnica aséptica.

12. Operador 2 vierte con técnica aséptica en dorso de mano de operador 1, lubricante estéril o vaselina estéril para lubricar la sonda.

13. Operador 1 enrolla sonda en su mano diestra y con técnica aséptica introduce por el meato urinario siguiendo la técnica normada según sexo del paciente:

- **Sexo masculino:** retraer el prepucio, tomar el pene bajo el surco balano prepucial, colocarlo a 90° e introducir la sonda suavemente hasta sentir un tope. Al sentirlo, colocar el pene a 45° y seguir introduciendo la sonda hasta obtener orina.
- **Sexo femenino:** con mano no diestra abrir los labios mayores y menores, visualizar meato urinario e introducir sonda hasta obtener orina.

14. Operador 1 mantiene firme y segura la sonda Nelaton mientras fluye la orina en riñón estéril.

Importante: evacuar gradualmente la vejiga del paciente, dado que la descompresión brusca puede producir rompimiento interno de la musculatura de la vejiga.

15. Operador 1 una vez que deje de fluir orina, debe realizar una pequeña compresión suprapúbica para asegurar el vaciamiento completo de la vejiga. Una vez realizado, cuando cese de fluir la orina, retirar la sonda suavemente.

Importante: en pacientes de sexo masculino, no olvidar luego de retirar la sonda, verificar que el prepucio quede cubriendo el glande (acomodarlo).

16. Operador 2 mide la orina obtenida en contenedor graduado mientras operador 1 elimina sonda, retira guantes, realizar lavado clínico de manos e instala guantes de procedimientos.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 37 de 123

17. Retirar y eliminar material utilizado según normativa de REAS.
 18. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 19. Retirar EPP y realizar higiene de manos según normativa de IAAS.
 20. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando hora, volumen y características de la orina extraída.
- Importante:** si pesquisa alguna alteración (volumen esperado es de < 400 cc de orina clara) durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional médico a cargo.

Consideraciones:

- ✓ En pacientes con pérdida de integridad cutánea en zona genital, como en el caso de los pacientes quemados, el aseo genital se debe realizar con solución fisiológica estéril.
- ✓ En pacientes con quemaduras en la zona genital, evaluar instalación de citostoma en vez de CUP.

2. Instalación, mantenimiento y retiro de Catéter urinario permanente (CUP):

Objetivo: Recolectar la orina del paciente a través de una sonda o catéter instalada en la vejiga y conectada a una bolsa recolectora.

Responsables:

- Médico: indicación
- EU clínico: Ejecución de la instalación y mantenimiento del CUP
- TENS: Colaborar con el procedimiento y la mantención del CUP.

Materiales:

- EPP (guantes de procedimientos y pechera con manga larga).
- Material para aseo genital, según lo establecido en protocolo local.
- Equipo para sondeo vesical estéril (riñón y paño perforado estéril).
- Sonda vesical estéril calibre según meato del paciente (de preferencia siliconada 16 FR).
- Jeringa de 10 o 20 ml.
- Guantes estériles.
- Contenedor graduado para medir la orina.
- Agua bidestilada inflar el balón (cuff).
- Lubricante estéril o vaselina estéril.
- Bolsa recolectora de orina estéril.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 38 de 123

- Fijador de pierna para CUP.
- Biombo.

Procedimiento para la instalación:

1. Reunir el material necesario previo al ingreso a la unidad
 2. Cerrar puertas y ventanas, cuidando la privacidad del paciente.
 3. Colocar el biombo.
 4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS.
 5. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
 6. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 7. Acomodar al paciente en decubito supino, bajar la cabecera.
 8. Solicitar a TENS realizar aseo genital según protocolo local.
 9. Acomodar material en mesa mayo.
 10. EU clínico debe retirar guantes de procedimiento, posteriormente realizar higiene de manos, según norma de IAS e instalar guantes estériles.
 11. TENS presenta materiales a EU clínico con técnica aséptica siguiendo la siguiente secuencia: paños, equipo o riñón estéril, jeringa, sonda vesical y recolector de orina.
 12. EU clínico debe instalar paño estéril alrededor de zona genital del paciente creando un campo estéril amplio.
 13. EU clínico debe colocar sobre paño estéril riñón o bandeja estéril (bajo la zona genital).
 14. TENS presenta agua bidestilada para que EU clínico cargue jeringa con técnica estéril. EU clínico deja jeringa cargada (sin aguja) en riñón estéril.
 15. TENS presenta a EU clínico sonda vesical abriendo sólo el primer envase.
 16. EU clínico saca con técnica estéril sonda vesical de su segundo envoltorio, enrollándola en su mano derecha.
 17. EU clínico instala sonda vesical siguiendo la técnica normada según sexo del paciente:
- **Sexo masculino:**
 - TENS presenta lubricante estéril (o lubricante precargado) para que EU clínico cargue jeringa con técnica estéril. Deja jeringa cargada en riñón estéril.
 - EU clínico retrae el prepucio, tomar el surco balano prepucial e introduce el lubricante intrauretral.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 39 de 123

- Luego, colocar el pene a 90° e introducir la sonda suavemente hasta sentir un tope. Al sentirlo, colocar el pene a 45° y seguir introduciendo la sonda hasta el final.

• Sexo femenino:

- TENS vierte con técnica aséptica en dorso de mano de EU clínico lubricante estéril para que lubrique la sonda. EU clínico lubrica.
- Con mano no diestra, EU clínico abre los labios mayores y menores, visualiza el meato urinario e introduce la sonda hasta obtener orina. Luego la introduce unos 3 a 4 cms más.
- 18. EU clínico al introducir la sonda, debe dejar su extremo distal en el riñón estéril e inflar el cuff de la sonda con agua bidestilada con los ml recomendados por el fabricante (recomendado, 10 ml como máximo). Luego, traccionar suavemente la sonda hasta sentir resistencia.
- 19. EU clínico conecta el recolector de orina con la sonda mediante técnica estéril.
- 20. TENS coloca el recolector de orina bajo el nivel del pubis y fijar sonda al muslo del paciente con fijador destinado para ello, procurando que el sistema no quede tirante ni obstruido.
- 21. Ambos operadores deben verificar que el flujo de la orina y el vaciamiento vesical sea adecuado.
- Importante: la evacuación de la vejiga debe ser gradual, dado que la descompresión brusca puede producir rompimiento interno de la musculatura de la vejiga.*
- 22. EU clínico elimina el material desechable, retira el paño o campo estéril procurando no tocar ni contaminar el ambiente. Luego, se retira los guantes estériles y realiza lavado clínico de manos. Instalar nuevos guantes de procedimiento en caso de ser necesario.
- 23. TENS debe colaborar con el orden y eliminación de desechos en caso de ser necesario.
- 24. Dejar cómodo al paciente, con baranda en alto.
- 25. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
- 26. Registrar el procedimiento en la Hoja de Enfermería o DAU en la UEH, especificando hora, tipo y FR de sonda instalada, ml utilizados para inflar el cuff, números de intentos realizados y características de la orina extraída.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
	Página 40 de 123	

Importante: *si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

Mantenimiento del CUP:

Objetivo: Asegurar la permeabilidad y funcionalidad del dispositivo, minimizando el riesgo de infecciones y complicaciones, al mismo tiempo que se promueve el confort del paciente y se facilita la adecuada higiene y cuidado del catéter, garantizando así una calidad de vida óptima.

Responsables:

EU clínico: aplicar Bundles de mantención

TENS: cuidados en la mantención

Procedimiento:

1. Eu clínico debe aplicar Bundles de mantención de CUP cada 12 horas.
2. TENS realiza aseó genital, según normativa mínimo cada 12 horas, o cuando sea necesario y dejar registro en la hoja de enfermería.
3. TENS mantiene circuito fijado al muslo del paciente mediante fijador destinado para ello rotándolo cada 8 horas para evitar lesiones (cambio de muslo derecho o izquierdo.
4. Ambos operadores deben velar por mantener el circuito cerrado y permeable. Además de que el recolector de orina quede bajo el nivel de la pelvis del paciente (o de la cama) a una distancia mínima de unos 20 cm. del suelo.

Importante: la periodicidad del aseó genital puede cambiar dependiendo de la necesidad del paciente o norma de IAAS.

Procedimiento de Retiro del CUP

Responsabilidad:

- Médico: indicación del retiro.
- EU clínico: Ejecutor del procedimiento
- TENS: Asistencia en el procedimiento

Materiales:

- EPP (guantes de procedimiento y pechera manga larga).
- Papel para secar o apósito o compresas.
- Materiales para el aseó genital.
- Gasas limpias.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 41 de 123

- Jeringa de 20 cc.
- Bimbo.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario antes del ingreso a la unidad.
2. Cerrar puertas y ventanas, cuidando la privacidad del paciente.
3. Colocar el biombo.

4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS.
5. Identificarse con el paciente y revisar brazalete de identificación.
6. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.

7. TENS debe vaciar recolector de orina y medir diuresis.
8. Acomodar al paciente en decúbito supino y retirar sonda del fijador del muslo.
9. EU clínico debe extraer el agua bidesilada del balón del cuff de la sonda vesical con la jeringa y retirar suavemente. Luego, eliminar sonda y recolector según normativa de REAS. Realizar cambio de guantes de procedimiento con su respectiva higiene de manos.

10. TENS debe realizar aseó genital según norma.
11. Dejar cómodo al paciente.

12. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAS.
 13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Instalación de recolector de orina no invasivo en paciente de sexo masculino

(estuche peneano).

Responsables:

EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento.
TENS: Ejecutar o asistir en el procedimiento.

Materiales:

- EPP (guantes de procedimiento y pechera con mangas largas).
- Materiales para aseó genital según normativa local.
- Estuche peneano o colector de orina.
- Bolsa recolectora de orina.
- Cinta de fijación.
- Chata.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 42 de 123

- Biombo.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.

2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS

3. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de

identificación.

4. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su

colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.

5. Colocar biombo para resguardar la privacidad del paciente.

6. Accomodar al paciente en decúbito supino y realizar aseo genital, según

norma.

7. EU clínico observa la piel del pene y meato para determinar integridad de

ambas partes. Además, valora la necesidad de recortar vello púbico.

8. TENS conecta el recolector de orina al estuche peneano con cinta de

fijación, asegurando que quede firme.

9. TENS coloca el estuche cubriendo todo el pene, resguardando que el

prepucio cubra el glande, Fija el estuche al pene con cinta destinado para

ello.

10. TENS fija circuito del recolector a la cara interna del muslo con fijador

destinado para ello y coloca recolector de orina bajo el nivel de la pelvis del

paciente.

11. Retirar y eliminar el material desechable.

12. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

13. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.

14. Registrar procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH,

especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.

Importante: si se pesquiza alguna alteración durante el procedimiento,

avisar inmediatamente al médico a cargo.

Medición de diuresis:

Objetivo: Conocer el flujo de orina del paciente en el momento del control.

Responsables:

- EU clínico: Programar y supervisar el procedimiento.
- TENS: Ejecutor o asistente en el procedimiento

Materiales:



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 43 de 123

- Guantes de procedimiento.
- Chata.
- Jarro o copa graduada del paciente.
- Sachet de alcohol al 70%.

➤ **Procedimiento en pacientes con diuresis espontánea:**

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Posterior a micción del paciente, retirar receptáculo y medir volumen en una copa o jarro graduado.
 6. Eliminar orina en recipiente destinado para ello.
 7. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
 8. Dejar cómodo al paciente.
 9. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

Procedimiento en pacientes usuarios de pañales:

Debe contar con una pesa digital o hacer una estimación del peso y conocer previamente el peso del pañal en seco.

10. Realizar medición cada vez que se aseé al paciente.
11. Pesar pañal al retirarlo y restar el peso del pañal en seco para determinar diuresis del paciente. (si se requiere)
12. Realizar aseo genital, según norma.
13. Realizar cambio de guantes de procedimientos con su respectiva higiene de manos, según normativa de IAS.
14. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
15. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
16. Registrar el valor obtenido (peso pañal con orina menos peso pañal en seco) y procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 44 de 123

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante en el volumen obtenido y/o procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

Procedimiento en paciente con CUP (bolsa recolectora de orina).

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Cerrar el circuito del CUP, clampeando con el dispositivo destinado para ello.
 6. Desinfectar con alcohol al 70 % o sachet de alcohol isopropílico al 70 % la válvula de salida de la bolsa recolectora y colocar un jarro graduado bajo ella.
 7. Abrir la válvula de salida de bolsa recolectora y vaciar toda la orina procurando que la válvula no toque los bordes del jarro.
 8. Cerrar la válvula de salida una vez vaciada toda la orina y medir el volumen recolectado.
 9. Abrir circuito de orina, y desclampar el dispositivo destinado para ello.
 10. Eliminar la orina en el dispositivo destinado para ello considerando si se encuentra recolectando o no orina.
 11. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
 12. Limpiar y guardar en el Área Sucia.
 13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.*

Cuidados de Enfermería en el paciente con cistostomía:

Definición: Derivación urinaria en la cual la salida de la orina tiene lugar a través de un estoma mucocutáneo en la pared abdominal.

Objetivo: Mantener la permeabilidad del estoma urinario, en buenas condiciones higiénicas y la integridad de la piel periestomal.

Responsables:



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 45 de 123

- EU clínico: Ejecución del procedimiento.
- TENS: Asistente en el procedimiento.

Materiales para la curación:

- EPP según norma de IAAS.
- Guantes estériles.
- Equipo de curación.
- Ampollas de Suero fisiológico al 0.9%
- Apósitos o Gasas estériles.
- Tela adhesiva.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según normativa IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Verificar si el paciente presenta dolor suprapúbico y/o globo vesical.
6. Preparación de material e insumos estériles en mesa mayo u otra.
7. EU clínico se debe instalar guantes estériles y realizar curación simple en zona de inserción de cistostomía, valorando: signos de infección, desplazamiento del dispositivo, agrandamiento de sitio de inserción, entre otras, en caso de ser necesario, dejar sitio de inserción protegido con un apósito o gasa estéril.
8. Retirar y eliminar material desechable, según norma de REAS.
9. Cambiar guantes (de procedimiento) con higiene de manos, según norma de IAAS.
10. Verificar permeabilidad del circuito (ausencia de obstrucciones, acodamientos o aplastamientos).
11. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
12. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS
13. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.

Importante: si se pesquiza alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

D. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA AÉREA:

1. Oxigenoterapia por dispositivo de bajo flujo (Naricera y mascarilla Venturi bajo flujo).

Objetivo: administrar oxígeno externo para satisfacer los requerimientos del paciente.

Responsables:

- Médico: Indicación.
- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento.
- TENS: Ejecutar o asistir en el procedimiento.

Materiales:

- Red de oxígeno fija o portátil
- Guantes de procedimiento
- Naricera o mascarilla según requerimiento
- Niple
- Fluómetro
- Saturómetro

Procedimiento:

1. Reunir el material requerido.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante su brazalete.
4. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Accomodar al paciente en decubito supino e instalar saturómetro, para control de oximetría de pulso. En caso de ser necesario, realizar aseo de cavidad nasal según norma.
6. Instalar dispositivo de oxigenoterapia al paciente, resguardando que quede bien posicionado y firme, sin filtraciones.
7. Regular en el fluómetro los litros de oxígeno indicados por el médico/a.
8. Verificar saturación de oxígeno del paciente, post instalación de naricera o mascarilla facial, en el monitor.
9. Dejar estable y cómodo al paciente.
10. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAS.
11. Registrar procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.
12. Cambiar la cánula nasal o mascarilla cada 24 horas.

Importante: No se recomienda el uso de humidificador de burbuja para los dispositivos respiratorios utilizados en la institución, tales como naricera, mascarilla con reservorio y mascarilla venturi de alto flujo (guía de práctica clínica de uso de dispositivos de oxigenoterapia)¹³.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 47 de 123

2.Oxigenoterapia mediante Cánula nasal de alto flujo:

Objetivo: Administrar O₂ suplementario a través de una cánula nasal de acuerdo a los requerimientos del paciente, se entrega un flujo de gas calentado y humidificado de hasta de 60l/min con una FiO₂ constante y conocida que puede llegar a 100% mediante cánulas nasales.

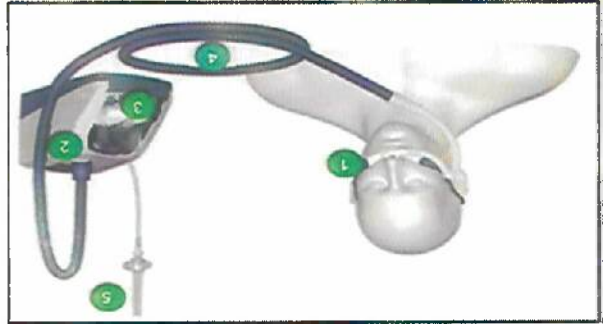
Responsables:

- Médico: Indicación.
- EU clínico o Kinesiólogo: Programar, supervisar y ejecutar del procedimiento.
- TENS: asistente en el procedimiento.

Materiales:

- EPP según norma de IAAS
- Sistema de Oxigenoterapia de alto flujo
- Matraz de agua bidestilada 500 o 1000 cc.
- Apósitos para la prevención de LPP.

Figura N°7: Partes del sistema de oxigenoterapia de alto flujo



1 cánula nasal, 2 sistema generador de alto flujo, 3 sistema de entrega de humedad y colección, 4 cable con calefactor, 5 cable para conexión a la red de O₂

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 48 de 123

➤ Procedimiento para instalación:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Conectar el equipo a la red eléctrica y de oxígeno.
6. Instalar matraz de agua bidestilada al calefactor del equipo llenándolo hasta la línea demarcada.
7. Programar los parámetros según indicación médica: FIO₂, temperatura y flujo.
8. Posicionar al paciente en semifowler (30°) y realizar aseo de la cavidad nasal, si es necesario.
9. Colocar la cánula nasal en fosas nasales del paciente, ambos operadores.
10. Evaluar tolerancia del paciente al nuevo dispositivo ventilatorio y monitoreo permanente:
 - Estado de conciencia.
 - Hemodinamia y saturación de oxígeno.
 - Patrón y ruidos respiratorios.
11. Dejar cómodo al paciente en posición semifowler (30°).
12. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAS.
13. Registrar procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.

***Importante:** si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Consideraciones:

- ✓ Las primeras horas del soporte ventilatorio no invasivo son vitales. La mejor respuesta a este tipo de ventilación es la disminución de frecuencia respiratoria, del trabajo respiratorio y la mejora de los parámetros gasométricos.
- ✓ El equipo debe mantenerse enchufado a la corriente eléctrica, ya que no cuenta con batería. Si el paciente requiere traslado o se corta la luz, se deberá disponer de otro soporte para apoyar al paciente.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 49 de 123

➤ Cuidados de enfermería para mantención de la CNAF:

1. Según estado de consciencia y grado de colaboración del paciente, educarlo en cuanto a la importancia de mantener la cánula nasal de manera constante en su nariz.

2. Mantener cómodo al paciente y en posición semifowler (30°).

3. Controlar la gasometría, según indicación médica.

4. Monitorizar constantemente:

- Estado de conciencia.

- Hemodinamia y saturación de oxígeno.

- Patrón y ruidos respiratorios.

- Acople, tolerancia a la cánula nasal y al soporte ventilatorio.

5. Monitorizar y registrar los parámetros ventilatorios constantemente o según horario programado.

6. Programar y supervisar el aseo de cavidades.

7. Evaluar sitios de apoyo de la cánula nasal y su fijador como medida preventiva LP.

8. Vigilar que el corrugado se mantenga sin condensación y que el calefactor se mantenga con el nivel de agua requerida.

9. Mantener cómodo al paciente y en posición semifowler (30°).

10. Mantener el equipo conectado a la red eléctrica, ya que no cuenta con batería, o recurrir a kinesiólogía por equipos con batería.

Ventilación mediante Resucitador manual:

Objetivo: Asistir manualmente al paciente en una emergencia respiratoria, proporcionando ventilación y oxigenación, mientras se recupera de la emergencia o se conecta a ventilación mecánica.

Responsables:

- Médico: Indicación.

- EU clínico/a: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento.

- TENS: Ejecutar o asistir en el procedimiento.

Materiales:

- Red de oxígeno fija o portátil.

- Flujómetro.

- Niple.

- Guantes de procedimiento.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
Página 50 de 123		

- Dispositivo con bolsa y mascarilla (ambú).
- Saturómetro.
- Cánula orofaríngea.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.

2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma I/A/S.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Posicionar al paciente en decúbito supino a 30°.
5. Explicar procedimiento al paciente con lenguaje claro y solicitar su colaboración, en la medida que su situación clínica lo permita.
6. Conectar el dispositivo a la red de oxígeno y verificar que la bolsa del dispositivo se infle completamente.
7. Monitorizar oximetría de pulso del paciente.
8. Verificar ausencia de prótesis dental u otros objetos que puedan obstruir la vía aérea.
9. Uno de los operadores debe posicionarse detrás de la cabeza del paciente para ventilarlo con el dispositivo (Resucitador manual) bolsa mascarilla.
10. En caso que se requiera, se debe colocar una cánula orofaríngea.
11. Posicionar la mascarilla en la cara del paciente mediante técnica C-E cubriendo boca y nariz.
12. Realizar hiperextensión del cuello si no existe contraindicación médica.
13. Ventilar presionando con una mano bolsa del ambú y comprimiendo sólo el 50% de su capacidad cada 6 segundos.
14. Comprobar que con cada ventilación se eleve el tórax, en caso de que no se eleve, reposicionar y mejorar el sello de la mascarilla e hiperextender cuello nuevamente.

Consideraciones:

- ✓ El dispositivo bolsa mascarilla (ambú) es de uso individual.
- ✓ Una vez utilizado se debe eliminar.
- ✓ Idealmente realizar ventilación con dos personas, para que una posicione la mascarilla a la cara y realice el sello, mientras la otra presiona la bolsa del dispositivo.
- ✓ En paciente con requerimientos de PEEP, se debe colocar la válvula de PEEP y ajustar según indicación médica.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 51 de 123

3. Cuidados de enfermería en pacientes con tubo endotraqueal (TET) y traqueostomía (TQT)

Control de la presión del cuff:

Objetivo: prevenir que la presión ejercida por el globo de la cánula traqueal sobre las paredes de la vía aérea provoque lesiones por aumento de la presión. Recomendable que la presión del cuff sea menor a 30 cm H₂O (20-30Hg), pues la presión de perfusión de la mucosa traqueal es de 34 a 40 cmH₂O

Responsables:

- EU clínico: Ejecución del procedimiento
- TENS: Asistencia durante el procedimiento

Materiales: Catómetro.

- EPP, según norma de IAAS
- Sachet de alcohol al 70%.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Realizar aspiración de secreciones orofaríngeas e inmediatamente retirar guantes de procedimiento, realizar lavado de manos e instalación de nuevos guantes de procedimiento.
6. Realizar desinfección con sachet de alcohol al 70% del puerto de entrada del catómetro que tendrá contacto con el cuff del TET o TQT.
7. Medir presión del cuff conectando el catómetro al cuff del TET o TQT, cerciorándose que la presión del cuff quede con la presión recomendada, entre 25 y 32 cmH₂O. En el caso de detectar valores inferiores o superiores con respecto al valor normal, se debe avisar *inmediatamente al médico a cargo*.
8. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
9. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
10. Registrar la presión en que quedó el cuff del dispositivo, en la Hoja de enfermería de la Unidad Clínica y/o en el DAU en la UEH.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 52 de 123

Cambio de la cinta de fijación:

Objetivo: mantener la cinta de fijación y limpia, libre de secreciones.

Responsables:

- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar del procedimiento.
- TENS: asiste en el procedimiento.

Materiales:

- EPP, según norma de IAS
- Cinta espiga.
- Sistema y sondas de aspiración.
- Cufómetro.
- Apósitos o gasas.

Procedimiento:

Debe ser realizado entre 2 operadores.

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su situación clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente entre 30° a 45° si no existe contraindicación médica.
6. Evaluar la necesidad de aspiración de secreciones bucofaríngeas, en caso de ser necesario, aspirarlas y realizar medición del cañ del TET, según norma institucional.
7. Ambos operadores deben retirar cinta de fijación del TET o TQT procurando evitar su desplazamiento.
8. Valorar la presencia de LPF en pabellones auriculares, comisuras labiales y/o zona cervical (uso de gasa de protección)
9. Fijación de TET/ TQT.

- TET: fijar una nueva cinta haciendo un nudo sobre el número en que se dejó posicionado el tubo anteriormente, luego, pasar la cinta sobre los pabellones auriculares rodeando la cabeza y volviéndolo anudar, asegurando que quede firme para evitar su desplazamiento.
- TQT □ fijar una nueva cinta a través de las aletas del dispositivo procurando dejarla firme para que no se desplace, comprobando que quede demasiado apretada, ya que puede causar lesiones en la piel.

10. Valorar nuevamente la necesidad de aspiración de secreciones y asegurarse de que:

- los corrugados no queden causando peso o tracción al TET o TQT.
- el paciente quede acoplado al soporte ventilatorio.

11. Eliminar desechos y dejar ordenada la unidad del paciente.
12. Dejar estable y cómodo al paciente, con barandas en alto.
13. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
14. Registrar en Hoja de enfermería o DAV en la UEH la hora del control, especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.

Importante: Si se pesquiza alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a a cargo.

Curación de la TQT:

Objetivo: mantener la herida o traqueostoma, limpio y libre secreciones.

Materiales:

- EPP según norma de IAAS
- Equipo de curación.
- Ampollas de suero fisiológico 0.9%.
- Gasas estériles o espuma hidrofílica.
- Guantes estériles.
- Cinta para fijación de cánula de TQT
- Sistema y sondas para aspiración.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su situación clínica lo permita.
5. Posicionar al paciente entre 30° a 45° si no existe contraindicación médica.
6. Realizar aspiración de secreciones bucofaríngea, si se requiere.
- Al finalizar el procedimiento inmediatamente eliminar la sonda de aspiración, cambiar guantes y realizar lavado clínico de manos.
7. Colocarse guantes de procedimiento, retirar gasa de protección de la estoma de la TQT y eliminarla en el contenedor, retirar guantes de procedimiento y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
8. Preparar insumos para la curación sobre una mesa o carro de curaciones e instalar guantes estériles.

9. Limpiar el estoma con gasas estériles, empapadas en suero fisiológico con movimientos rotatorios de dentro hacia afuera. Una vez limpio, secar y dejar protegido con una gasa o una espuma hidrofílica.
 10. Evaluar estado del estoma por posibles complicaciones mecánicas (por ejemplo, agrandamiento del orificio) o infección.
 11. Cambiar cinta de fijación, en caso de ser necesario. (si se encuentra mojada, sucia y/o contaminada).
 12. Eliminar los desechos y dejar ordenada la unidad del paciente.
 13. En caso de que el paciente se encuentre con VMI, asegurar que los corrugados no queden causando peso o tracción a la TQT.
 14. Dejar cómodo al paciente.F
 15. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 16. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH,
- especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Cambio de la endocánula de la TQT

Objetivo: La cánula de traqueotomía tiene dos partes: una fija llamada cánula y una parte móvil llamada endocánula, que es un tubo interno que sirve para evitar la obstrucción por secreciones, que debe retirarse con frecuencia para realizar la higiene.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Guantes estériles.
- Ampollas de SF 0,9 % 20 ml.
- Equipo de curación o bandeja estéril
- Gasas estériles.
- Endocánula N° según corresponda.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.

5. Colocar al paciente en posición semisentado a 45°, si no existe contraindicación médica.

6. Realizar aspiración de secreciones bucofaríngeas, si se requiere.

Al finalizar el procedimiento inmediatamente eliminar la sonda de aspiración, cambio de guantes y realice lavado clínico de manos.

7. Preparar material estéril: colocar suero fisiológico en el riñón, bandeja estéril y humedecer las gasas. Colocarse guantes estériles.

8. Retirar la endocánula y conectar el corrugado del equipo de soporte ventilatorio a la TQT, para no dejar al paciente sin asistencia ventilatoria y oxígeno.

9. Sumergir endocánula en el riñón con solución fisiológica, limpiarla con las pinzas y gasas estériles.

10. Reinstalar endocánula en la TQT del paciente.

11. Valorar la necesidad de aspiración de secreciones bronquiales, visualizar o auscultar ruidos de secreciones.

12. En caso de que el paciente se encuentre con VMI, asegurar que:

- los corrugados no queden causando peso o tracción a la TQT.
- el paciente quede acoplado a VMI

13. Eliminar los desechos y dejar ordenada la unidad del paciente.

14. Dejar cómodo al paciente.

15. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.

16. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando cualquier aspecto relevante del procedimiento realizado.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

3. Aspiración de secreciones:

Aspiración de secreciones con circuito abierto en pacientes con vía aérea artificial: (TET o TQT)

Objetivo: extracción de secreciones de las vías respiratorias, mediante la introducción de un catéter de aspiración a través de un tubo endotraqueal o traqueostomía.

Responsables:

- EU clínico: 1° responsable de ejecutar el procedimiento (1° operador).
- Kinesiólogo/a clínico: en caso de que el 1° responsable no pueda realizar el procedimiento, éste queda como 2° responsable y 1° operador.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 56 de 123

- TENS: colaboración en el procedimiento (2° operador).

Materiales:

- Guantes estériles.
- EPP (pechera con mangas, guantes de procedimiento y antiparras)
- Sonda de aspiración estéril del N° 14 o 12 Fr (más de 2).
- Ampollas de SF 0.9% 20 ml.
- Cinta de fijación del TOT o TQT (en caso de requerir cambio).
- Manómetro de presión (catómetro).
- Red de aspiración: silicona limpia y protegida en su punta, frasco de aspiración.
- Dispositivo (resucitador) bolsa mascarilla.

Procedimiento:

Este procedimiento se realiza con técnica estéril que incluye la preparación del paciente, la aspiración de secreciones y el control posterior, por lo tanto, debe ser ejecutado por 2 operadores. El 1er operador debe ser un profesional de la salud y el 2do operador otro profesional o un TENS.

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Evaluar condición previa del paciente:
 - Cabeecera mayor o igual a 30°.
 - Alimentación enteral suspendida (pacientes con SNG/SNY)
 - Monitorización completa (ECG, Saturometría, PA).

6. Verificar que el sistema de aspiración esté operativo y limpio. (protegido con silicona en superficie destinada para aquello, con su punta protegida con envoltorio limpio). Si no la encuentra en estas condiciones, la sonda debe ser reemplazada.

7. El 1° operador debe solicitar al 2° que aspire las secreciones buco-faríngea (supraglótico) asegurándose al finalizar el procedimiento, que el 2° operador elimine la sonda de aspiración, cambie guantes y realice lavado clínico de manos de forma inmediata, según norma IAS.

8. Medir presión del cat del TOT o TQT (25 y 32 cmH2O) post procedimiento.
9. Considerar pre oxigenar con FIO₂ 100% en caso de ser necesario.
10. El 1° operador se retira los guantes de procedimiento, realiza higiene de manos según normativa de IAS e instala guantes estériles.

11. El 2° operador presenta sonda de aspiración estéril al 1° operador, la cual conecta a la silicona de aspiración conservando la esterilidad de ésta y de la mano que la sostiene.

12. El 2° operador abre el circuito ventilatorio desde el TET o TQT, velando que la punta del circuito quede protegida en un envoltorio estéril.

13. El 1° operador realiza con técnica estéril la aspiración de secreciones:

- Introduciendo la sonda de aspiración (en caso de que aspire TOT % de su longitud y sólo la mitad en caso de TQT) sin aspirar y retirarse aspirando de forma rotativa, por no más de 20 segundos.
- 2° operador sostiene firmemente el TET o TQT al momento de la técnica de aspiración para evitar su desplazamiento.

14. Una vez finalizada la aspiración, el 2° operador conecta el circuito ventilatorio al TOT o TQT.

15. El 1° operador elimina la sonda de aspiración inmediatamente y, en caso de continuar la atención, realizar cambio de guantes, previo lavado clínico de manos.

16. El 2° operador limpia y guarda silicona de aspiración, con su punta protegida y en la superficie destinada para ello.

17. Verificar que el paciente quede estable y cómodo, luego reiniciar la nutrición enteral.

18. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.

19. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando tolerancia del paciente, hora del procedimiento, cantidad y aspecto de secreciones y cualquier otro aspecto que considere importante registrar.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Aspiración de secreciones con circuito cerrado, en pacientes con vía aérea artificial: (TET o TQT)

Objetivo: extracción de secreciones de las vías respiratorias, mediante la introducción de un catéter de aspiración a través de un tubo endotraqueal o traqueostomía.

Responsables:

- EU clínico: 1° responsable de ejecutar el procedimiento. (1er operador).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
Página 58 de 123		

- Kinesiólogo/a clínico: en caso de que el 1er operador no pueda realizar el procedimiento, el kinesiólogo queda como 2do operador en reemplazo del 1er operador.
- TENS: colaboración en el procedimiento (2º operador).

Materiales:

- EPP, según norma de IAAS
- Jeringa de 20 cc.
- Sachets de alcohol.
- Ampollas de suero fisiológico (SF).
- Sondas de aspiración de diferentes Fr
- Cinta de fijación del TOT o TQT (en caso de requerir cambio).
- Manómetro de presión (cuffómetro).
- Red de aspiración: silicona limpia y protegida en su punta, frasco de aspiración.
- Resucitador manual (ambú) bolsa mascarilla.

Procedimiento:

Este procedimiento se realiza con técnica estéril, incluye la preparación del paciente, la aspiración de secreciones y el control posterior, por lo tanto, debe ser ejecutado por 2 operadores. El 1º operador debe ser un profesional, 2º operador otro profesional o un TENS.

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante su brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Evaluar condición previa del paciente:
 - Cabecera mayor o igual a 30º
 - Suspender alimentación enteral (pacientes con SNG/SNY)
 - Monitorización (ECG, saturometría, PA)

6. Verificar que el sistema de aspiración esté operativo y limpio, (protegido con silicona, en superficie destinada para ello, con su punta protegida con envoltorio limpio), en caso contrario, debe reemplazarla.
7. El 1º operador debe solicitar al 2º operador que aspire las secreciones buco-faríngea (supraglótico) asegurándose al finalizar el procedimiento, que el 2º operador elimine la sonda de aspiración, cambie sus guantes y realice lavado clínico de manos de forma inmediata.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 59 de 123

8. El 1° operador mide la presión del cuff del TOT o TQT (valor entre 25 y 30 cmH2O).

9. Considerar pre oxigenar con FiO_2 100% en caso de ser necesario.

10. El 1° operador desinfecta con sachet de alcohol al 70 % el puerto de conexión de la sonda de circuito cerrado y conecta la silicona de aspiración.

11. El 1° operador realiza aspiración introduciendo la sonda (en caso de que aspire TOT un ¾ de su longitud y sólo la mitad en caso de TQT) sin aspirar, y retirarse aspirando por no más de 20 segundos.

12. El 2° operador sostiene firmemente el TOT o TQT en el momento que se realiza la técnica de aspiración, para evitar su desplazamiento.

13. El 1° operador desinfecta con sachet de alcohol, el puerto de irrigación de la sonda y la limpia con suero fisiológico cargado en una jeringa, hasta observar que todo el trayecto quede limpio.

14. Asegurarse que la silicona de aspiración quede limpia, con su punta protegida y guardada en la superficie destinada para ello.

15. Verificar que el paciente quede estable, cómodo y reiniciar su alimentación enteral si es el caso.

16. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según normativa de I.A.S.

17. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH indicando: tolerancia del paciente, hora del procedimiento, cantidad y aspecto de secreciones y cualquier otro aspecto que considere importante.

Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Consideraciones:

- ✓ La sonda debe ser rotulada con fecha de instalación, duración, 72 horas y en caso de pacientes hipersecretores cada 24 hrs. (según normativa I.A.S).
- ✓ Se debe mantener el sistema de aspiración cerrado, en la zona determinada para ello; evitando contacto con superficies como la cama y/o el paciente, ya que el envoltorio no es completamente impermeable.
- ✓ Procurar que la funda transparente del circuito cerrado de aspiración, se mantenga indemne, en caso de rotura o filtraciones se debe cambiar.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 60 de 123

E. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON ACCESOS VASCULARES VENOSOS Y ARTERIALES:

1. Instalación, mantención y retiro de vías venosas periféricas (VVP)

Objetivo: disponer de una vía venosa periférica para la administración de fluidos y medicamentos, en todo momento.

Responsables:

- EU clínico: Ejecución del procedimiento.
- TENS: Asistente en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Ligadura.
- Bránulas de diferentes diámetros.
- Alargador venoso y llave de 3 pasos.
- Sachet de alcohol al 70%.
- Jeringas de 10 ó 20 ml.
- Ampollas de suero fisiológico al 0.9%
- Apósito transparente chico.
- Contenedor para desecho de cortopunzante
- Mesa Mayo auxiliar o carro de curaciones

Procedimiento para la instalación

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP, según normativa IAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Preparar los materiales en mesa mayo u otra.
 6. Valorar el capital venoso del paciente e identificar la extremidad a punccionar.
- Importante:** no punccionar en los pliegues de la extremidad, ni en la extremidad que tenga una fístula arterio-venosa (FAV), con trombosis venosa profunda (TVP), con drenaje linfático deficiente, o sitios con signos de infección o flebitis.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 61 de 123

7. Ligar extremidad seleccionada 10 a 15 cm por sobre la zona elegida a punccionar.
 8. Palpar la vena de más fácil acceso y seleccionar el calibre de la vía venosa a utilizar.
 9. Desinfectar con sachet de alcohol al 70% zona a punccionar.
importante: ante condiciones higiénicas deficientes, lavar primero la zona con agua y jabón y luego aseptizar.
 10. Tomar el catéter elegido con la mano dominante, retirar la funda protectora y verificar que la punta está en condiciones de uso.
 11. Con la mano no dominante, sujetar la piel para fijar la vena y luego punccionar insertando el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo entre 15-30° (dependiendo de la profundidad de la vena) hasta observar que refluye sangre hacia la cámara. Luego, deslice el catéter, desliza y retire el mandril comprimiendo más o menos a 2 cm sobre del sitio de inserción desechando el cortopunzante en el contenedor destinado para ello.
 12. Retirar la ligadura del brazo e instalar alargador venoso y llave de 3 pasos para cerrar el circuito de la VVP.
 13. Comprobar permeabilidad de la VVP ver si refluye en forma espontánea.
 14. Cubrir el sitio de inserción del catéter con el apósito transparente y asegurar que quede visible el sitio de inserción.
 15. Rotular según protocolo local: iniciales del nombre (responsable instalación), fecha y turno.
 16. Eliminar el material desechable.
 17. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según normativa de I.A.S.
 18. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 19. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería (día 0) o DAU en la UEH, especificando intentos de punción, calibre de VVP instalado y/u otros aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*
1. Valorar diariamente la necesidad de mantener el dispositivo venoso.
 2. Valorar el sitio de inserción en cada turno (largo y noche) en busca de signos de infección, extravasación y/o desplazamiento del dispositivo.
 3. Realizar cambio de VVP cada 72 horas, en caso de difícil acceso, realizar curación del sitio de inserción cuando el apósito se encuentre sucio, despegado o humedecido y dejar registro en hoja de enfermería.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 62 de 123

Procedimiento para el retiro:

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP, según normativa IAAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Preparar los materiales.
 6. Retirar las bajadas de suero en caso de que existan.
 7. Retirar apósito transparente que cubre la VVP.
 8. Colocar sobre el sitio de inserción una gasa estéril, retirar el dispositivo y presionar hasta que deje de sangrar.
 9. Dejar gasa fijándola con tela adhesiva.
 10. Eliminar desechos según norma REAS.
 11. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según normativa de IAAS.
 12. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 13. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

2. Cuidados de enfermería en la mantención de una Vía Venosa Central:

(Revisar Protocolo de Instalación y Manejo de Catéter Venoso Central.)

Objetivo: Extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Se introduce un tubo delgado y flexible en una vena grande en el lado superior derecho del corazón, llamada vena cava superior, en ocasiones se deja colocado durante semanas o meses para evitar los pinchazos múltiples.

Se consideran CVC todos los dispositivos que su extremo distal queda instalada en vena cava central: catéter venoso central (CVC), catéter venoso central de instalación periférica (PICC), catéter de hemodialis (CHMD).

Responsables:

- Médico: de la instalación e indicación de mantención y retiro.
- EU clínico: instalación de PICCLINE y la mantención y retiro.
- TENS: colaboración en la instalación, mantención y retiro.

Procedimiento:

La mantención de las CVC involucra la valoración diaria y curación del sitio de inserción.

Valoración diaria del CVC:

- Aplicar Bundle de mantención cada 12 horas, de acuerdo a Protocolo de Instalación y Manejo de Catéter Venoso Central.
- Valorar estado de la curación: apósito limpio, seco y/o indemne; fecha de la curación.
- Valorar estado de fijación del dispositivo: puntos de fijación y a cuántos cm quedó instalado.
- Valorar estado de las ramas: protegidas con apósito limpio y seco, lúmenes limpios, sin restos orgánicos y ramas sin infusión continua, clampedas.
- Valorar fecha vigente de las bajadas de infusión y cambiarlas si están vencidas
- Valorar estado de las infusiones y rótulo de estas.
- Realizar técnica de push stop (flasheo de las ramas) en ramas que se encuentran sin infusión continua, según norma en Protocolo de Instalación y Manejo de Catéter Venoso Central.

Curación de un CVC:

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Guantes estériles.
- Equipo de curación o riñón estéril.
- Gasas estériles.
- Sachet de alcohol al 70%
- Ampollas de SF al 20% 10 ml
- Jeringa de 10cc ó 20 ml
- Apósito grande transparente semipermeable.
- Antiséptico de uso tópico.
- Apósito estéril.
- Apósito semipermeable no adhesivo (Telfa).
- Mesa mayo u otra similar.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP, según norma I.A.S.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo con brazalete de identificación.

4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Realizar valoración completa de la VVC: sitio de inserción, estado de la curación, lúmenes, bajadas e infusiones.
 6. Retirar guantes de procedimientos y realizar higiene de manos según normativa de IAAS.
 7. Según lo valorado, reunir el material necesario y prepararlo en una mesa mayo u otro.
 - Importante: mantener en todo momento técnica aséptica y diferenciar el área estéril, de la no estéril.*
 8. Instalar guantes de procedimiento y retirar apósito transparente que cubre sitio de inserción de CVC.
 9. Eliminar desecho, según norma REAS, retirar guantes y realizar higiene de manos, según norma IAAS.
 10. Instalar guantes estériles.
 11. Limpiar el sitio de inserción con gasa humedecida con SF, en forma concéntrica, desde el centro a la periferia.
 12. Secar el exceso de SF con una nueva gasa estéril.
 13. Aplicar antiséptico tópico y dejar actuar, según recomendación del fabricante.
 14. Instalar apósitos, según tipo de curación:
 - piel indemne: apósito semipermeable adhesivo grande.
 - piel no indemne: apósito semipermeable no adhesivo (Telfa), gasa estéril y apósito semipermeable adhesivo grande (Tegaderm).
 15. Desinfectar los lúmenes con sachet de alcohol al 70% y dejarlos protegidos con apósito limpio y seco.
 16. Eliminar el material desechable, según norma.
 17. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 18. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 19. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando estado del sitio de inserción, estado de la VVC y/u otros aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 65 de 123

➤ **Recomendación Norma de IAAS: :**

- ✓ Los antisépticos aplicados en la piel deben mantenerse en envases tapados, con fecha vigente y resguardados de altas temperaturas.
- ✓ Toda curación realizada debe estar rotulada con fecha, turno e iniciales (3) del operador.
- ✓ El sitio de inserción, se debe cubrir con apósito estéril, transparente y semipermeable facilitando evaluación diaria sin retirar, cierre oclusivo y fijación del dispositivo. Duración del apósito transparente según indicación del fabricante (5-7 días) o cuando se encuentre saturado con sangre, exudado o desprendido.
- ✓ Curación sólo en caso necesario, es decir apósito saturado, sucio o despegado. Registrar fecha y responsable de la curación.
- ✓ Si el paciente está sudoroso o sangra por el sitio de inserción, utilizar gasa estéril y luego apósito transparente con curación diaria para evaluar el sitio de inserción.
- ✓ Durante la curación utilizar guantes de procedimiento para el retiro del apósito, luego higiene de manos y guantes estériles, limpiar con suero fisiológico el sitio de inserción y pincelar con antiséptico en uso, siempre con gasas estériles únicas, desde el sitio de inserción hacia la periferia sin devolverse, dejar cubierto con apósito estéril.
- ✓ No sumergir el catéter bajo agua (durante el baño) puede permitirse la ducha con precaución, para evitar la introducción de agentes patógenos, como por ejemplo cubrir el catéter y las conexiones con algún protector impermeable.

Instalación Nutrición Parenteral Total: (NPT)

Objetivo: Es la administración de nutrientes por vía endovenosa a pacientes que no pueden utilizar la vía digestiva para alimentarse.

Responsables:

- Médico: Indicación.
- EU clínico: ejecutor del procedimiento.
- TENS: asistente en el procedimiento.

Materiales:

- Bomba de infusión continua (BIC).
- Bajada de suero de BIC.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 66 de 123

- Bolsa de nutrición parenteral prellenada o Magistral.
- Sachet de alcohol al 70%.
- Guantes de procedimiento.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos, según norma de I.A.S.
- En Área limpia
3. Con técnica aséptica, conectar bolsa de nutrición prellenada a bajada de BIC y dejar permeable.
4. Llevar en una bandeja limpia la nutrición preparada a la unidad del paciente para su instalación y administración.

En Unidad del paciente:

5. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según normativa I.A.S.
6. Presentarse con el paciente o identificarlo con el brazalete de identificación.
7. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
8. Instalar bolsa de nutrición en el soporte y bajada en bomba de infusión y programar la velocidad de infusión en la bomba, según indicación médica.
9. Identificar lumen de vía la venosa central destinado para la administración de la NPT, desinfectar con sachet de alcohol al 70% su punta del lumen y conectar el equipo de infusión.

10. Dejar el lumen protegido con un gasa estéril y exclusivo para NPT.
11. Eliminar los desechos y dejar cómodo al paciente con las barandas en alto.
12. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de I.A.S.
13. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

Importante: si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al profesional de enfermería a cargo.

F. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST CORONARIOGRAFIA:

Responsable:

EU clínico → ejecución del procedimiento

a. Cateterismo por vía radial:

El acceso radial se ha consolidado como la vía de elección para la realización de procedimientos de radiología intervencional.

Entre las complicaciones más importantes asociadas con los procedimientos cardíacos percutáneos se encuentra la Oclusión Arteria Radial (OAR). Actualmente en HUAP, se utiliza un dispositivo de compresión diseñado para ayudar a la hemostasia de la arteria radial después de un procedimiento transradial.

Retiro del dispositivo de compresión de hemostasia radial

- 1) Cuando el paciente es recibido por la enfermera a cargo de la unidad de hospitalización por parte de la enfermera de Angiografía, se valora en conjunto el sitio de punción, las condiciones y temperatura de la extremidad, la presencia de sangrado y/o la induración del brazalete.
- 2) La enfermera de la Unidad de Angiografía, establecerá la hora de inicio del desinflado en la Hoja de Enfermería, que se establece en 120 minutos desde su instalación.
- 3) En el momento designado se iniciará la hemostasia patente:
 - La enfermera encargada conectará la jeringa a la pulsera compresiva teniendo cuidado de no desinflar el cuff, y comenzará a desinflarlo a razón de 1 cc/segundo hasta observar flujo de sangre.
 - Si se observa sangrado inmediato, deberá reinflar con 2 cc y esperará 60 minutos antes de intentar nuevamente.
 - En caso de ausencia de sangrado, se procederá a desinflar completamente y se mantendrá el brazalete por 24 horas.
- 4) Si el paciente está de alta, reforzarle los siguientes cuidados:
 - Limitar el movimiento de la mano utilizada, durante las primeras 24 horas.
 - Retirar la pulsera compresiva (desinflada) en 24 horas.
 - Evitar conducir vehículos motorizados por 48 horas.
 - No sumergir la mano en agua por 3 días.
 - Evitar levantar peso durante 7 días.

b. Cateterismo por Vía Femoral:

En comparación con el acceso radial, el acceso femoral se asocia con un mayor riesgo de hemorragia y complicaciones vasculares. Por esta razón, generalmente se utiliza este acceso cuando la vía radial no está disponible o técnicamente no permite el cateterismo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 68 de 123

Técnicas de hemostasia femoral:

- **Técnica no invasiva:** Los métodos convencionales de hemostasia no invasiva se basan en la compresión arterial realizada de forma manual, mecánica, neumática, por peso o asistida con parche hemostático. Se trata, por tanto, de técnicas coágulo-dependientes.

Compresión manual:

- Compresión 2 cm sobre el sitio de punción utilizando 2 o 3 dedos, fijando e inmovilizando la arteria sobre la base ósea.
- Comprimir durante un mínimo de 15-20 minutos para obtener hemostasia por formación de coágulo.
- Instalar un vendaje compresivo que debe permanecer durante 12 horas.
- Reposo absoluto semisentado durante las primeras 2 horas y luego permitir al paciente sentarse en la cama.
- Después de las primeras 12 horas con el vendaje compresivo, el paciente puede levantarse de la cama.

- **Técnica invasiva:** Implica la utilización de un dispositivo de cierre vascular que se introduce dentro de la arteria femoral mediante un introductor arterial. En el HUA^P disponemos de un dispositivo de cierre arterial percutáneo, diseñado para cerrar de forma percutánea el sitio de punción femoral después de un procedimiento de cateterismo diagnóstico o intervencionista. Consiste en un pequeño dispositivo compuesto por colágeno soluble y una matriz de polímero, que se inserta en el vaso sanguíneo con el fin de favorecer la hemostasia y cerrar el acceso vascular de manera segura y efectiva.

El uso de estos dispositivos permite reducir el tiempo de compresión manual requerido después del procedimiento, además de disminuir el riesgo de complicaciones vasculares como hematomas o sangrado asociados con el acceso femoral.

En el caso de cateterismo cardiaco por vía femoral, deberá seguir las siguientes recomendaciones:

1. Reposo absoluto semisentado (máximo 30º) en la cama durante las primeras 2 horas después del procedimiento y luego permitir al paciente sentarse en la cama.
2. Después de 12 horas de reposo, el paciente puede levantarse.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 69 de 123

3. Si no existen otras indicaciones de hospitalización, el paciente puede ser dado de alta 24 horas después del procedimiento.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

G. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL APARATO DIGESTIVO:

1. Sondas enterales: Existen 2 tipos de sondas enterales, la Sonda Nasogástrica (SNG) y la Sonda Nasoyeyunal (SNY). Esta última es instalada por un médico/a especialista en la Unidad de Endoscopia del hospital, quien se mantiene en turno las 24 horas en Urgencia, por lo tanto, se instruirá sólo la instalación de la SNG, sin embargo, la mantención y retiro está indicada para ambos tipos de sondas enterales.

Objetivo: Introducir una sonda por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago, para administrar medicamentos, líquidos, y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago, como también para la administración de alimentos.

Responsables:

- Médico: indicación, instalación, mantención y retiro.
- EU clínico: de la instalación, mantención y retiro de la sonda.
- TENS: Asistencia durante el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Jeringa de 20 ó 50 cc.
- Sonda nasogástrica Nº 18, 20, 22 o más Fr dependiendo del paciente
- Fonendoscopio.
- Vaso con agua.
- Bandeja o recipiente
- Tela adhesiva para fijación a la piel
- Contenedor de drenaje para la SNG, si se requiere
- Toalla de papel.

Instalación de SNG:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar de EPP, según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo con brazalete de identificación.

4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Preparar los materiales.
6. Posicionar al paciente semisentado (35-45°), si su condición lo permite.
7. Valorar cavidad nasal:

Correte: descartar un desvío pronunciado que impida instalación de sonda por vía nasal. En caso de existir, considere instalar sonda por cavidad oral.

- Permeabilidad.
- Identificar sequedad y/o secreciones que dificulten el paso de la sonda.

8. Medir longitud de la sonda a introducir: desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y luego al apéndice xifóideo. Establecer el número (cm) de la sonda y marcarla con lápiz permanente, para determinar hasta donde se debe introducir.

9. Lubricar la punta de la sonda con agua e introducir suavemente por el orificio nasal elegido hacia la orofaringe, mientras el colaborador sostiene y mantiene calmado al paciente si se requiere.
- Importante: si el paciente presenta náuseas, retirar sonda un par de centímetros y esperar para volver a introducirla.
- En pacientes conscientes, puede solicitarle que trague saliva o beba pequeños sorbos de agua (administrada por el TENS) para continuar introduciendo suavemente la sonda hasta llegar al punto marcado.

10. Comprobar la correcta colocación de la sonda, mediante la aspiración de contenido gástrico o inyectando 20 cc de aire a la vez que ausculta el epigastro.

Importante: se puede solicitar radiografía para corroborar correcto posicionamiento de la sonda, principalmente si se tiene dudas (no se aspira contenido gástrico y/o no se ausculta el aire que se introduce) y/o si la instalación fue dificultosa.

11. Una vez comprobada la ubicación, retirar guía, fijar la sonda en la entrada de la fosa nasal con cinta adhesiva y luego en la mejilla o lóbulo de la oreja del mismo lado del orificio nasal por el cual se introdujo la sonda.
12. Retirar material utilizado y eliminar los desechos en los contenedores de REAS.
13. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.

14. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

15. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado como los cm introducidos.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Cuidados de enfermería en la mantención de sondas enterales:

1. Auscultar cada 12 horas la necesidad de mantención.
2. Comprobar cada 12 horas la correcta posición de la sonda corroborando a los cm. a los que quedó al ser instalada. (revisarlo en la planificación de hoja de enfermería). También:
 - Aspirar sonda y obtener contenido gástrico o inyectar 20 cc de aire a la vez que ausculta éste, en el epigastrio. En caso de duda, consultar al médico.
 - Control con radiografía de tórax.
3. Realizar aseo de las fosas nasales, rotar posición y fijación de la sonda cada 12 horas.
4. Valorar ausencia de LPP por la sonda cada 12 horas y registrar.

Cuidados de enfermería en el retiro de sondas enterales:

1. Realizar higiene de manos e instalarse EPP, según norma IAS.
2. Presentarse con el paciente y verificar su identificación con brazalete, según protocolo institucional.
3. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en medida que su condición clínica lo permita.
4. Colocar una toalla de papel en el tórax del paciente.
5. Retirar fijación cutánea de la sonda.
6. En caso de que el paciente colabore, solicitar que respire profundo y retirar sonda con un movimiento rápido para sacarla toda de una sola vez.
7. Facilitar toalla de papel para que el paciente se suene.
8. Eliminar los desechos, según norma de REAS.
9. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
10. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
11. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 72 de 123

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo

2.Cuidados de enfermería en la instalación y mantención de Nutrición enteral: (NE)

Objetivo: Corresponde a la introducción de una sonda flexible en la cavidad gástrica a través de las fosas nasales con fines alimenticios, terapéuticos y diagnósticos.

Responsables:

- Médico: Indicación de instalación, mantención y retiro.
- EU clínico: Programar y supervisar el procedimiento.
- TENS: Ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Guantes estériles.
- Vaso con agua.
- Jeringa de 20 cc.
- Bolsa de nutrición enteral.
- Bajada de infusión continua para nutrición.
- Bomba de infusión continua para nutrición.

Cuidados de enfermería para la instalación de la NE:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa IAAS.
3. Presentarse con el paciente y verificar su identificación mediante brazalete, según protocolo Institucional.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Corroborar la correcta colocación de la sonda, mediante la aspiración de contenido gástrico o inyectando 20 cc. de aire a la vez que ausculta el epigastrio.
6. Corroborar que la nutrición sea para el paciente indicado y se encuentre en buen estado.
7. Conectar la bolsa de nutrición a la bajada de alimentación y verificar la permeabilidad de la misma.
8. Instalar sonda de alimentación en la bomba de infusión y programarla según indicación médica (volumen, velocidad y tiempo de infusión). colocar un adhesivo o etiqueta fuera de la bomba.

9. Conectar extremo distal de la bajada de alimentación a la sonda enteral o GTT.

10. Iniciar administración de la nutrición en la bomba de infusión.
11. Rotular bajada de nutrición y cambio se debe realizar cada 24 hrs.
12. Eliminar los desechos, según norma de REAS.
13. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
14. Dejar cómodo al paciente y dejar barandas en alto.
15. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando

aspectos relevantes del procedimiento realizado.
Importante: si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Cuidados de enfermería para la mantención (NE):

1. Mantener cabecera de la cama del paciente en 30-40°.
2. En caso de que el paciente requiera colocarse en posición supina (aseo, traslado, entre otras) o requiera de aspiración de secreciones bronquiales, suspender transitoriamente la nutrición en pacientes con SNG, idealmente 30 minutos antes para prevenir broncoaspiración.
3. Permeabilizar sonda enteral o GTT cada 6 horas con 20 cc de agua.
4. Cambiar cada 24 horas bajada y bolsa de nutrición.
5. Medir residuo gástrico previo al cambio.

H. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO. (Revisar Protocolo Toma de Muestra Laboratorio Clínico. Versión 3, oct. 2023, en Repositorio HUAP)

1. Toma de muestra de sangre venosa periférica:

Objetivo: extraer una muestra de sangre venosa para realizar exámenes de laboratorio.

Responsables:

- Médico: de la indicación y confección de la orden.
- EU clínico: de la ejecución del procedimiento.
- TENS: de la colaboración en el procedimiento.

Materiales:



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 74 de 123

- Guantes de procedimiento.
- Bandaja o riñón limpio.
- Ligadura.
- Jeringas, calibre de acuerdo a los exámenes a tomar.
- Tubos de exámenes rotulados según protocolo del hospital.
- Sachets de alcohol al 70%.
- Gasas o tómulas de algodón.
- Tela adhesiva.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete, de acuerdo a protocolo institucional.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Acomodar al paciente y vena a puncionar.
6. Ligar 4 o 5 cm sobre el sitio a puncionar y solicitar al paciente que cierre el puño de su mano (si su estado de conciencia lo permite).
7. Desinfectar la zona a puncionar con sachet de alcohol.
8. Traccionar la piel para fijar la vena y puncionar en ángulo de 30 °.
9. Una vez puncionada la vena, aspirar suavemente hasta obtener la cantidad de sangre requerida y desligar.
10. Retirar la jeringa con aguja suavemente mientras coloca una gasa o tórula de algodón sobre el sitio de punción. En caso de contar con un asistente, solicítelo que comprima el sitio de punción por al menos un minuto. Si no cuenta, solicite colaboración al paciente o fije la gasa con tela adhesiva asegurándose de que quede semicompresiva.
11. Rellenar los tubos de exámenes previamente rotulados con los datos del paciente, según protocolo institucional.
- Importante: en los tubos con anticoagulante, una vez llenados con sangre, moverlos suavemente para que la muestra no pierda sus propiedades.*
12. Eliminar la aguja y el resto de los desechos, según norma REAS.
13. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
14. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
15. Registrar el procedimiento en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 75 de 123

Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a cargo.

2. Toma de muestras de sangre arterial:

Objetivo: extraer muestra de sangre arterial para realizar exámenes de laboratorio.

Responsables:

- Médico: de la indicación y confección de la orden.
- EU clínico: de la ejecución del procedimiento.
- TENS: asistencia en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Bandeja o riñón limpio.
- Unidad refrigerante.
- Jeringa de 3 ml rotulada.
- Sachets de alcohol al 70%.
- Gasas.
- Tela adhesiva.

Procedimiento:

1. Verificar orden médica.
 2. Reunir el material necesario.
 3. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
 4. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.
 5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 6. Acomodar al paciente y seleccionar extremidad y zona a puncionar (colocar la extremidad sobre una superficie de apoyo que sirva de soporte).
- Importante:** en el caso de puncionar la muñeca, debe realizar el Test de Allen pedir al paciente que empuñe su mano y presionar al mismo tiempo la arteria radial y cubital. Luego, solicitar al paciente que abra su mano, simultáneamente, dejar de apretar la arteria cubital observando la perfusión de la palma de la mano se realice antes de los 15 segundos, lo que indica que la arteria cubital es suficiente para perfundir la mano. A continuación,

realizar la misma técnica, pero soltando la presión realizada en la arteria radial. Observe la perfusión de la mano.

7. Desinfectar el área de la piel a puncionar con sachet de alcohol al 70%.
8. Solicitar al TENS que mantenga la posición de la extremidad seleccionada.
9. Palpar el pulso y puncionar con el bisel de la aguja hacia arriba entre la punta de los dedos formando un ángulo entre 45–90°, dependiendo de la contxtura del paciente.

10. Una vez puncionada la arteria, aspirar lentamente hasta obtener el volumen requerido.

11. Retirar la aguja de la jeringa suavemente mientras coloca una gasa sobre el sitio de punción. En caso de contar con un asistente, solicítele que comprima al menos 3 a 5 minutos. Luego, que fije la gasa de manera semicompresiva con tela adhesiva.

12. Al llenar la jeringa, asegurarse que no quede con burbujas de aire y dejarla sobre una unidad refrigerante.

13. Eliminar la aguja y el resto de los desechos, según norma REAS.
 14. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 15. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 16. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

Consideraciones:

- ✓ Verificar que el paciente mantenga la misma concentración de oxígeno durante, más o menos una media hora antes, de tomar el examen de gasometría arterial, para así obtener una muestra fidedigna.

3.Toma de Hemocultivos (HMC)

Objetivo: tomar muestra de sangre venosa, de acuerdo a norma asistencial para realizar cultivos en laboratorio y verificar la presencia de bacterias u otros microorganismos en la muestra de sangre.

Responsables:

- Médico: Indicación
- Enfermeras/os clínicos: ejecución del procedimiento

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 77 de 123

- TENS: asistencia durante el procedimiento

Materiales:

- Guantes estériles.
- EPP.
- Gasas y apósitos estériles.
- Jeringas de 5 y 10 cc.
- Ligadura.
- Frascos de hemocultivos rotulados con identificación del paciente.
- Clorhexidina al 2% de uso tópico.
- Rincón estéril.
- Mesa Mayo u otra.

Toma de muestra de sangre para HMC por punción:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Acomodar al paciente y seleccionar extremidad y vena a puncionar.
6. En caso de visualizarse sucia la extremidad a puncionar, realizar primero aseo con jabón de neutro.
7. Preparar material estéril en mesa mayo o carro de curación, manteniendo un área estéril y otra limpia.
8. EU clínico realiza higiene de manos y se instala guantes estériles.
9. TENS presenta material estéril: gasa estéril, jeringa y aguja estéril.
10. EU clínico desinfecta con Clorhexidina al 2% de uso tópico sitio a puncionar, realizando círculos concéntricos desde adentro hacia afuera y dejando secar 3 minutos.
11. TENS realiza ligadura a 5 o 10 cm por sobre el sitio a puncionar, cuidando de no contaminar la zona.
12. EU clínico punciona la vena seleccionada y extrae 10 ml de sangre.
13. TENS desinfecta el tapón de goma del frasco de hemocultivos con un sachet de alcohol 70%, suelta la ligadura y comprime el sitio de punción con una gasa luego de que el EU clínico retira la aguja.

14. Eu clínico punciona tapón de goma del frasco de hemocultivo vaciando los sólo 10 ml de sangre.

importante: nunca realizar cambio de aguja para introducir la muestra de sangre al frasco, por el mayor riesgo de contaminación y de accidentes cortopunzante.

15. Repetir procedimiento en la otra extremidad seleccionada.
16. Eliminar los elementos cortopunzantes y desechos, según norma REAS.
17. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
18. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según Norma IAAS.
19. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Toma de muestra de sangre para HMC por arrastre de CVC:

Objetivo: tomar muestras de sangre venosa, de acuerdo a norma asistencial, para realizar cultivos en laboratorio y verificar si hay presencia de bacterias u otros microorganismos en la muestra de sangre.

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS. (EU y TENS)
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Preparar material estéril en mesa mayo o carro de curación.
6. Seleccionar y preparar los lúmenes del catéter de los cuales extraerá las muestras de sangre.
7. Cambiar (EU) guantes de procedimientos por estériles previa higiene de manos según norma de IAAS.
8. TENS presenta material estéril con técnica aséptica: sachet de alcohol, gasas, jeringas de 5 y 10 ml y tapas.
9. Desinfectar (EU) con gasa de sachet de alcohol al 70% puerto de conexión del lumen y extrae 5 ml de sangre. Luego, con una nueva jeringa extraer 10 ml de sangre que será la muestra para enviar a Laboratorio.
10. Desinfectar (TENS) el tapón de goma del frasco de hemocultivos con un sachet de alcohol al 70%.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 79 de 123

11. Puncionar el tapón de goma del frasco de hemocultivo vaciando los 10 ml de sangre extraída.

12. Repetir procedimiento en el 2º lumen seleccionado.

13. Dejar limpios los lúmenes y con clamp, en caso de que no se esté ocupado.

Importante: en caso de que se obtengan muestras de un catéter de hemodíalisis, debe dejar los lúmenes heparinizados con el volumen según lo indicado por el fabricante.

14. Eliminar (EU) los elementos cortopunzantes y desechos, según norma REAS.

15. El TENS debe asistir en dejar ordenado, cómodo al paciente y barandas en alto.

16. Ambos operadores deben realizar retiro de EPP e higiene de manos, según Norma IAS.

17. Realizar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Consideraciones importantes:

➤ Siempre se deben obtener 2 muestras de sangre de 2 regiones anatómicas diferentes (extremidades o lúmenes).

➤ No es necesario el uso de campo estéril ni gorro para la toma de muestra de HMC, lo más importante es la correcta preparación de la piel y la técnica aséptica.

➤ La muestra debe ser igual a 10 cc de sangre, no mayor ni menor a esa cantidad, de acuerdo a protocolo

➤ Se debe registrar en la orden si el examen es tomado por arrastre de un catéter o por punción.

➤ Las muestras deben ser enviadas de forma inmediata al Laboratorio.

➤ Identificar el tubo con: iniciales (3) de la persona que toma la muestra, N° de la muestra (1 ó 2) nombre del paciente, N° de ficha, si es por arrastre o por punción, de acuerdo a protocolo Institucional.

➤ Tener precaución que otras etiquetas o rótulos no cubran los códigos de barra de la botella, no desprender los códigos de barra extraíbles, son de uso exclusivo del Laboratorio.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 80 de 123

4. Toma de muestra de orina:

Urocultivo en pacientes con micción espontánea:

Objetivo: Tomar una muestra de orina limpia del paciente, para ser enviada a laboratorio para exámenes solicitados.

Responsables:

- Médico: Indicación.
- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento.
- TENS: Ejecutar o asistente en el procedimiento.

Materiales:

- Frasco institucional para recolectar muestra de orina, rotulado con la identificación del paciente según protocolo institucional.
- Dispositivo urinario (chata o pato).
- Guantes de procedimiento (EPP).
- Insumos para aseo genital.
- Riñón estéril.
- Jeringa de 10 o 20 ml.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición médica lo permita.
5. Acomodar al paciente para que miccione en dispositivo urinario.
6. Realizar aseo genital, según protocolo institucional.
7. Cambiar guantes de procedimientos previa higiene de manos.
8. Solicitar al paciente que orine un primer chorro en dispositivo urinario y se detenga para eliminarlo, colocar riñón estéril y solicitar que continúe orinando para obtener la muestra.
- En caso de ser mayor el volumen de orina, permitir que el paciente termine de orinar en el dispositivo urinario.
9. Recoger con jeringa estéril desde el riñón una muestra de orina.
10. Colocar la muestra de orina de la jeringa en el frasco (mínimo 5 ml según lo requerido por el laboratorio).
11. Secar y/o asear zona genital del paciente.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

9. Recoger con jeringa estéril desde el riñón una muestra de orina.
10. Colocar la muestra de orina de la jeringa en el frasco (mínimo 5 ml según lo requerido por el laboratorio).

11. Secar y/o asear zona genital del paciente.
12. Eliminar resto de orina, según norma REAS.

13. Colocar el frasco de toma de muestra de orina dentro de una bolsa plástica y en un cooler a temperatura ambiente, para su inmediato traslado a laboratorio.

Importante: en caso de no poder transportarse de manera inmediata, recordar que la estabilidad de la muestra a temperatura ambiente es sólo por una hora.

14. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
15. Registrar en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando hora del procedimiento, cantidad y aspecto de la orina y cualquier otro aspecto que considere importante registrar.

Importante: Si alguno de los operadores pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

2. Toma de muestra orina en pacientes con catéter urinario permanente (CUP):

Objetivo: Tomar una muestra de orina estéril del paciente, para ser enviada a laboratorio para cultivos indicados.

Responsables:

- Médico: Indicación.
- EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar del procedimiento.
- TENS: Ejecutar o asistir en el procedimiento.

Materiales:

- Frasco institucional para recolectar muestra de orina, rotulado con identificación del paciente, según protocolo institucional.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Insusos para aseo genital.
- Sachet de alcohol al 70%.
- Jeringa de 10 o 20 ml.
- Guante estéril.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 82 de 123

2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición médica lo permita.
5. Pinzar bajada del recolector de orina, desinfectar con sachet de alcohol el lugar de la sonda destinado a punccionar, extraer muestra con técnica estéril, mínimo 10 ml de orina.
6. Verter orina recolectada al frasco para recolección de muestras, con técnica aséptica.
7. Colocar el frasco con muestra de orina dentro de una bolsa plástica y en un cooler a temperatura ambiente, para su inmediato traslado a laboratorio. *Importante: en caso de no poder transportarse de manera inmediata, recordar que la estabilidad de la muestra a temperatura ambiente es solo por una hora.*
8. Eliminar el material usado, según norma REAS.
9. Despinzar la bajada del recolector de orina y dejar cómodo al paciente.
10. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.
11. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando hora del procedimiento, cantidad y aspecto de la orina y cualquier otro aspecto que considere importante registrar del procedimiento. *Importante: si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

3. Recolección de orina en 24 horas:

- Objetivo:** Juntar la orina del paciente durante 24 horas para exámenes de laboratorio indicados.
- Responsables:**
- Médico: Indicación.
 - EU clínico: Programar, supervisar y/o ejecutar el procedimiento.
 - TENS: Ejecutar o asistir en el procedimiento.
- Materiales:**
- Frasco institucional para recolectar muestra de orina, rotulado con identificación del paciente.
 - Recipiente para recolección de la orina por 24 horas.
 - Guantes de procedimiento.
 - Jeringa de 10 o 20 ml.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Informar a todos los integrantes del equipo de salud, que el paciente se encuentra con recolección de orina por 24 horas.
3. Colocar cartel visible de recolección de orina en la unidad del paciente.
4. Explicar con lenguaje claro el procedimiento a realizar al paciente y solicitar su colaboración, si su condición médica lo permite.
5. Una vez recolectada la orina durante 24 horas, se homogeniza con movimientos circulares del frasco y se procede a tomar una muestra del total.

- higienizar manos, según norma de IAS.
 - instalar guantes de procedimiento.
6. Extraer con una jeringa una muestra de orina, no menor a 5ml y colocarla en el frasco institucional para toma de muestras.
 7. Cubrir el frasco con un envase de plástico y colocarlo en el cooler para su inmediato traslado a laboratorio.

***Importante:** en caso de no poder transportarse de manera inmediata, recordar que la estabilidad de la muestra a temperatura ambiente es sólo de una hora.*

8. Medir el total de orina recolectada en las 24 horas y registrar el volumen total en la orden del examen.
9. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando hora del procedimiento, cantidad y aspecto de la orina y cualquier otro aspecto que considere importante registrar del procedimiento.

***Importante:** si se pesquísó alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a a cargo.*

Consideraciones:

- ✓ Durante el período de recolección el paciente debe beber líquidos en forma habitual.
- ✓ En el caso de las mujeres no estar cursando con el período menstrual o leucorrea, si es el caso, hacer uso de tapón vaginal para no contaminar la muestra.
- ✓ Si se solicita además Clearance de creatinina, enviar adjunto 2 ml de sangre en tubo con tapa verde y con anticoagulante a laboratorio.

I. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS: (Revisar Protocolo Prevención de Error de la Medicación.)

Reglas generales para la administración segura de medicamentos:
El personal de la salud que realiza la preparación y administración de fármacos debe garantizar la administración segura, cumpliendo con el estándar de los 5 correctos aceptados:

- 1) Administrar el medicamento correcto.
- 2) Administrar el medicamento al paciente indicado.
- 3) Administrar la dosis correcta.
- 4) Administrar el medicamento por la vía correcta.
- 5) Administrar el medicamento a la hora correcta.

Consideraciones:

- ✓ Sólo se deben administrar los fármacos que se encuentran indicados (escritos) en Hoja diaria de enfermería o DAU.
- ✓ Las tapas de las llaves tres pasos no deben reutilizarse, deben ser eliminadas y cambiadas en cada administración de fármacos, según norma IAAS.
- ✓ Siempre realizar higiene de manos antes de iniciar la preparación del fármaco.

2. Administración de fármacos por vía endovenosa (VVP o CVC)

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos a través del torrente circulatorio, ya sea de forma continua, intermitente o mediante inyección directa:

- Bolo (menor de 1 minuto)
- Intravenosa lenta (2/5 minutos)¹⁴

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía intravenosa.

Responsables:

- Médico: indicación
- Enfermera/o: preparación y administración.

Materiales:

- Guantes de procedimiento.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 85 de 123

- Sachet de alcohol al 70%.
- Riñón o bandeja limpia con fármaco a administrar.
- Llave de 3 pasos.
- Tapas roja y/o de antirreflujo.
- Jeringa de 5 o 10 ml.
- Ampollas de suero fisiológico al 0.9%, 20 ml.

Procedimiento:

1. Realizar higiene de manos, según normativa de I.A.S.
2. Preparar el fármaco en área limpia, con técnica limpia.
3. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
4. Preguntar al paciente si tiene antecedentes de ser alérgico a algún medicamento.
5. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco preparado y rotulado según protocolo institucional (ya sea en matraz o jeringa).
6. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma I.A.S.
7. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
8. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
9. Seleccionar la conexión de la VVP o del CVC a utilizar, para administrar el fármaco (llave de 3 pasos o tapa antirreflujo).
10. Desinfectar con sachet de alcohol el puerto de entrada de la conexión seleccionada, friccionando por 10 segundos.
11. Verificar permeabilidad del acceso venoso.
12. Conectar la bajada simple de BIC o la jeringa para administrar el fármaco.
13. Administrar el fármaco:
- ajustar velocidad de infusión ya sea mediante el regulador de goteo de la bajada o, programando la velocidad y volumen total a infundir en la bomba de infusión y/o administrar lentamente el medicamento al hacerlo mediante bolo directo, evaluando los efectos inmediatos en el paciente.
14. Una vez finalizada la administración del fármaco, administrar 10 cc. de suero fisiológico para lavar la vía o el lumen.
15. Cambiar la tapa del puerto de conexión utilizado.
16. Dejar protegido los lúmenes de acceso venoso, para evitar eventos adversos ya sea de tipo infeccioso o mecánicos.

17. Dejar cómodo al paciente.
18. Eliminar desechos, según protocolo REAS.
19. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
20. Realizar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*
- **Recomendación Norma de IAAS:**

- Desinfectar las zonas de acceso al sistema con alcohol al 70% antes de acceder al mismo, friccionar por mínimo 15 segundos.
- Mantener el principio de circuito cerrado y estéril. La reducción de la manipulación y desconexión de los circuitos vasculares al mínimo indispensable contribuyen a que se mantenga este principio.
- Los sets de administración, llaves de tres pasos, conectores y extensiones deben cambiarse cada 72 horas. Las tapas rojas son de un solo uso, según norma IAAS.
- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al médico.
- Mantener el menor número posible de alargadores y llaves de tres pasos, para disminuir el riesgo de contaminación.
- El set usado para administrar sangre o derivados, emulsiones de lípidos (nutrición parenteral) deben cambiarse en las 24 horas que siguen al inicio de la infusión.
- Asignar una conexión exclusiva para la nutrición parenteral si se emplea un catéter de múltiples lúmenes. No requiere instalar nuevo CVC.
- Desconectar el sistema solo para cambio de bajada.
- Cerrar todas las conexiones del sistema cuando no se estén usando, utilizar los clamp.

2. Administración de fármacos por vía intramuscular:

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos mediante punción muscular profunda.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía intramuscular

Responsables:

Médico: indicación o prescripción

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 87 de 123

Responsables:

Médico: indicación o prescripción

Enfermera/o: preparación y administración

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Rínón o bandeja con medicamento a administrar preparado y rotulado.
- Jeringas de 3, 5 o 10 cc
- Aguja Nº 21 Gx1 ½.
- Sachets de alcohol al 70%.
- Gasas.
- Contenedor para desechos.
- Bimbo (si se requiere)

Procedimiento:

1. Realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
2. Preparar fármaco en Área limpia del botiquín.
3. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
4. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco preparado y rotulado. (Jeringa).
5. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
6. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.
7. Verificar alergias.
8. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
9. Utilizar un biombo para mantener la privacidad del paciente.
10. Importante recordar: 14
 - Volumen de fármaco según la zona de punción en adultos:
 - Músculo glúteo mayor: 0,1 a 5 ml
 - Músculo vasto lateral externo: 0,1 a 5 ml
 - Músculo deltoides: 0,1 a 2 ml
 - La zona de punción en glúteo es el cuadrante superior externo.
 - La vía intramuscular está contraindicada en pacientes en tratamiento con anticoagulantes, salvo que el fármaco no presente otra preparación.
11. Seleccionar zona a puncionar, considerando que, en deltoides no se debe administrar un volumen mayor de 2 ml y en el glúteo hasta 5 ml.
12. Desinfectar la zona a puncionar con sachet de alcohol.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 88 de 123

13. Con la mano no dominante realizar plegue de la zona y con la mano dominante tomar la jeringa y puncionar en ángulo de 90°.
 14. Traccionar el émbolo hacia atrás para asegurar que no se está en vena, sino refluye sangre, inyectar fármaco lentamente.
 15. Retirar aguja y comprimir la zona puncionada con una gasa por alrededor de un minuto.
 16. Eliminar el material usado, según norma de REAS.
 17. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 18. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 19. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado como, por ejemplo. Sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.
- Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

3. Administración de fármacos por vía subcutánea:

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos a través del tejido subcutáneo.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía subcutánea.

Responsables:

- Enfermera/o: preparación y administración del medicamento
- Tens: preparación y administración de medicamento con supervisión de enfermera.

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Riñón o bandeja con fármaco a administrar preparado.
- Aguja N° 23 Gx1 ½.
- Jeringa 1 ml
- Sachets de alcohol 70%.
- Gasas.
- Depósito o contenedor para desechos.

Procedimiento:

1. Realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
2. Preparar fármaco en botiquín con técnica limpia.
3. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.

- No administrar inyecciones subcutáneas en zonas inflamadas o edematosas, con disminución de la perfusión periférica, con cicatrices o lunares, marcas de nacimiento u otras lesiones.
- Las zonas más frecuentes son: o Cara externa de los brazos o Cara externa del muslo o Abdomen.

4. Administración de fármacos por vía respiratoria:

Definición: Administración de fármacos por vía respiratoria a través de aerosoles/inhaladores con cartucho presurizado (MDI) con o sin cámara expansora u otros sistemas.

Estos aparatos crean una fina niebla rompiendo la tensión superficial del fármaco a administrar, diluido en agua o suero fisiológico.

Objetivos:

- Administrar un fármaco para que se deposite en la superficie interna de las vías respiratorias inferiores y ejerza su acción terapéutica.
- Humidificar las secreciones pulmonares acumuladas para facilitar su expectoración.
- Mejorar la respiración y/o el patrón respiratorio y/o el trabajo respiratorio del paciente.

Responsables:

- Enfermera/o: preparación y administración
- Tens: preparación y administración.

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Riñón o bandeja con fármaco a administrar preparado y etiquetado.
- Aerocámara o nebulizador.
- Depósito o contenedor para desechos.

Procedimiento:

1. Verificar la indicación médica.
2. Realizar higiene de manos, según norma de IAS.
3. Preparar fármaco en Área limpia con técnica limpia.
4. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
5. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco preparado (jeringa o inhalador presurizado).
6. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 90 de 123

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 89 de 123

4. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco preparado (jeringa).

5. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.

6. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete.

7. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.

8. Seleccionar el lugar a puncionar: cara externa del brazo, cara anterior y lateral del muslo o zona periumbilical.

9. Desinfectar el sitio de punción con sachet de alcohol.

Importante: en el caso de la administración de insulina, se debe sólo limpiar con una gasa seca. Nunca desinfectar con sachet de alcohol.

10. Sostener la jeringa como un lápiz en la mano dominante, apuntando con la punta de la aguja hacia arriba, quitar la tapa de la aguja.

11. Con la mano que no dominante, tomar una pulgada (2.5 centímetros) de piel y tejido graso (no músculo) entre los dedos e introducir la aguja hasta el tope en la piel en un ángulo de 90 grados (un ángulo de 45 grados si no hay mucho tejido graso).

12. Cuando la aguja esté totalmente introducida, administrar el medicamento presionando lentamente el émbolo de la jeringa.

13. Una vez administrado todo el medicamento soltar la piel y retirar la aguja, mantener presionada la zona puncionada con una gasa estéril.

14. Eliminar los desechos, según norma de REAS.

15. Mantener la presión en el sitio durante unos segundos para detener cualquier sangrado.

16. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.

17. Realizar registro del procedimiento en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento; sitio de punción y reacción alérgica.

Importante:

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación administrada para detectar posibles reacciones adversas. En caso de que aparecieran detener la administración y avisar al médico.
- Alternar la zona de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo.
- En pacientes obesos introducir la aguja por debajo del pliegue para llegar al tejido subcutáneo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 91 de 123

7. Presentarse con el paciente y verificar identificación mediante brazalete de identificación, según protocolo institucional.
8. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
9. Posicionar al paciente semisentado o en posición de Fowler
10. Realizar aseo de cavidades si es necesario.

Por aerocámara:

1. Agitar por unos segundos el inhalador y acoplarlo a la aerocámara.
2. Situar uno de los extremos de la aerocámara en la cara del paciente velando que cubra toda su nariz y boca.
3. Comprobar la caducidad del fármaco.
4. Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar.
5. Agitar para mezclar su contenido.
6. Acoplar el inhalador a la cámara en posición vertical en forma de L.
7. Explicar al paciente una de las dos opciones:
 - que introduzca la boquilla de la cámara dentro de la boca y la sujete cerrando bien los labios
 - que acople la mascarilla de la cámara a la cara asegurando un correcto ajuste de la misma.
8. Presionar el cartucho.
9. Pedir al paciente que respire lenta y profundamente de 6 a 10 veces sin separar la boca de la cámara o de la mascarilla.
10. Separar el inhalador de la cámara, una vez finalizado el proceso.
11. Enjuagar la boca con agua.
12. Repetir el procedimiento si está indicado, esperando por lo menos 3 minutos entre una y otra inhalación agitando el inhalador antes de cada uso.
13. Guardar la aerocámara en la unidad del paciente, limpia y seca en una bolsa cerrada.
14. Limpiar la cámara con agua y secar.
15. Dejar al paciente limpio, en posición cómoda y barandas en alto.
16. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 92 de 123

Por nebulizador:

1. Asegurarse que la solución a administrar sea en una jeringa: 1ml del % medicamento y 3 ml de suero fisiológico al 0.9%

2. Colocar la solución preparada en el nebulizador y ajustar la mascarilla en cara del paciente cubriendo nariz y boca.
2. Si el paciente se encuentra con oxigenoterapia retirar el dispositivo y realizar nebulización con oxígeno.

4. Conectar la mascarilla a la red de aire comprimido o de oxígeno, según requerimientos del paciente.
5. Realizar nebulización durante unos 10 minutos solicitando al paciente que respire normalmente.

6. Retirar el nebulizador seco, limpiarlo y dejarlo protegido en una bolsa, listo para ser nuevamente utilizado.
7. Reponer oxigenoterapia si es el caso.
8. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

9. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.
10. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento; sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a a cargo.

Consideraciones importantes:

- ✓ Si el paciente está en ventilación mecánica, conectar el nebulizador en la rama inspiratoria.
- ✓ Los sets de nebulización deben ser eliminados cada 24 horas, nunca reutilizar.
- ✓ Después que el paciente termina su nebulización, lavar el dispositivo con agua, secar y desinfectar con alcohol al 70 % y guardar en una bolsa cerrada en la unidad del paciente.

5. Administración de fármacos por vía oral:

Definición: Preparación y administración de los medicamentos prescritos por vía oral.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral.

Responsables:

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 93 de 123

Médico: prescripción

Enfermera: preparación y administración

Tens: preparación y administración

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Rínón o bandeja con fármaco a administrar.
- Vaso con agua.
- Guantes de procedimiento.
- Jeringa oral, cuchara, dosificadores o cuentagotas, según proceda.
- Depósito o contenedor para desechos

Procedimiento:

1. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
2. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco previamente etiquetado. (cápsula, comprimidos, tabletas o líquidos).
3. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
4. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
6. Posicionar al paciente semisentado o posición de Fowler.
7. Valorar la capacidad de deglución del paciente y en el caso de encontrarse disminuida, valorar la administración del fármaco por otra vía.
8. Administrar el medicamento según su presentación:
 - si es comprimido o cápsula no retirarla de su envoltura original
 - si son gotas, colocar la dosis indicada en un vaso con agua
 - si es líquido, tomar una jeringa y extraer la dosis indicada o utilizar el dosificador del fármaco.
9. Asegurarse de que la medicación administrada fue ingerida, permaneciendo con el/ella paciente hasta que haya tomado el medicamento.
10. Vigilar posibles aspiraciones del paciente.
11. En caso de ser necesario y el régimen del paciente lo permite, ofrecer más agua para ayudar a digerir el medicamento.
12. Dejar al paciente cómodo y con las barandas en alto.
13. Eliminar los desechos según norma de REAS:
14. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAAS.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 94 de 123

15. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento, sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

6. Administración de medicamentos por sonda enteral o GTT:

Definición: Preparación y aporte de medicamentos prescritos por sonda nasogástrica o gastrostomía.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita al paciente por sonda nasogástrica o gastrostomía en condiciones de seguridad.

Responsables:
Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- Enfermera/o: preparación y administración
- Tens: Preparación y administración

Materiales:

- Fonendoscopio
- Medicación prescrita
- Pinza de clamp
- Guantes desechables
- Jeringa de 20 o 60 ml para GTT
- Vaso
- Agua
- Toallitas de papel
- Mortero o triturador de comprimidos.

Preparación del fármaco:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos, según normativa IAS.
3. EPP según norma IAS.
4. Preparar fármaco en el Área limpia:
 - Triturar el comprimido hasta reducir a polvo homogéneo.
 - Introducir el polvo en una jeringa de 20 ó 50 ml.
 - Añadir de 15-30 ml de agua templada y agitar.
5. Rotular jeringa, según protocolo institucional.
6. Llevar fármaco preparado a la unidad del paciente, en una bandeja limpia.
7. Realizar higiene de manos e instalarse EPP, según norma IAS.
8. Presentarse con el paciente, verificar su identidad mediante brazalete de

Identificación, según protocolo Institucional.

9. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.

10. Detener la nutrición enteral 5-10 minutos antes de administrar el fármaco.

11. Posicionar al paciente en posición semi Fowler o Flower

12. Corroborar permeabilidad y correcta posición de la sonda enteral mediante la aspiración de contenido gástrico o inyectando 20 cc de aire a la vez que ausculta el epigastrio y auscultar ruidos gástricos con el fonendoscopio.

13. Si hay que administrar varios medicamentos, tener en cuenta: o No mezclarlos en la misma jeringa.

14. Pasar 5 ml de agua entre uno y otro, o administrar primero las formas líquidas y dejar las más densas para el final.

15. Administrar el fármaco y posteriormente dejar lavada la sonda o GTT con 20 o 30cc de agua.

16. Reiniciar la Nutrición Enteral o caso contrario dejar cerrada la sonda post lavado con 20 cc de agua.

17. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.

18. Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAAS.

19. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado.

Importante: Si pesquiza alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Los lavados de la sonda se deben efectuar con agua tibia para evitar la formación de grumos y posible obstrucción.

7. Administración de medicamentos por vía sublingual:

Definición: Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar fármacos al paciente para su rápida absorción a través de los vasos sanguíneos del lecho de la lengua.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía sublingual, por ser una vía de absorción rápida.

Responsables:

Enfermera/o clínico: preparación y administración

Tens: preparación y administración

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Rifón o bandeja con fármaco a administrar.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 96 de 123

- Vaso con agua.
- Depósito o contenedor para desechos.
- EPP, según norma IAS.

Procedimiento:

1. Verificar la prescripción médica
2. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
3. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco (cápsula, comprimidos, tabletas o líquidos).
4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
5. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.
6. Verificar con el paciente por alergia al fármaco prescrito.
7. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
8. Uso de guantes de procedimientos.
9. Posicionar al paciente semisentado o en posición de Fowler.

10. Colocar la medicación debajo de la lengua.
11. Administrar el medicamento colocándolo bajo la lengua del paciente.
12. Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva.
13. En pacientes que no colaboran, extraer el líquido de la cápsula con aguja 22 G y depositar el medicamento bajo la lengua.
14. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
15. Retirar y eliminar los insumos, según protocolo de REAS.
16. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.
17. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento, sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

8. Administración de medicamentos por vía oftálmica:

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la vía oftálmica.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía oftálmica.

Responsables:

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 97 de 123

Enfermera/o: preparación y administración
Tens: preparación y administración

Materiales:

- Guantes de procedimiento.
- Insumos para aseo ocular.
- Gasas estériles.
- Toallas de papel.
- Fármaco oftálmico de uso personal.
- EPP según norma IAAS.

Procedimiento:

1. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
2. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco.
3. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAAS.
4. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
6. Posicionar al paciente semisentado o Flower.
7. Realizar aseo ocular, según protocolo local.
8. Realizar cambio de guantes de procedimiento previa higiene de manos según norma IAAS.
9. Aplicar el medicamento:
10. Solicitar al paciente que mire hacia arriba.
- Colirio: instilar el número de gotas prescrito en el centro del fondo de saco conjuntival inferior e indicar al paciente que parpadee para su mejor distribución y con una gasa, presionar el conducto lacrimal durante 30 segundos (para prevenir el rebosamiento hacia las vías nasales y faríngea).
- Pomada: aplicar un cordón fino de pomada a lo largo del borde interno del párpado inferior desde el ángulo interno al externo e indicarle que cierre el ojo.
11. Colocar apósito oftálmico si precisa.
12. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
13. Eliminar desechos, según protocolo de REAS.
14. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS

15. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento; sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.

Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

9.Administración de medicamentos por vía vaginal:

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la vía vaginal.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía vaginal.

Responsables:

Enfermera/o clínico: preparación y administración

Tens: preparación y administración

Materiales:

- Insumos para realizar aseó genital.
- Guantes de procedimiento.
- Toalla higiénica o pañal (si se requiere).
- Chata.
- Contenedor para eliminación de desechos.
- EPP, según norma de IAAS.
- Biombo.

Procedimiento:

1. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
2. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco.
3. Realizar higiene de manos e instalar EPP según norma IAAS.
4. Presentarse con el paciente e identificarlo por su brazalete de identificación.
5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
6. Colocar biombo para resguardar la privacidad de la paciente.
7. Colocar a la paciente en posición ginecológica o de litotomía para la administración del medicamento.
8. Realizar aseó genital según norma.
9. Realizar cambio de guantes de procedimiento, previa higiene de manos según normativa de IAAS.
10. Separar labios mayores y ubicar el orificio vaginal.

- Administración de óvulos:
 - Sacar el óvulo del envoltorio.
 - Introducir el medicamento (óvulo) por la parte redondeada al fondo del canal vaginal, unos 8 -10cm, metiendo el dedo en su totalidad.
 - Solicitar a la paciente permanecer en cama por una hora al menos y en posición horizontal por unos minutos posterior a la administración (para retener el medicamento).
 - Eliminar desechos según protocolo de REAS.
 - Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAAS.
 - Realizar registro del procedimiento en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado, sitio de punción y si presentó una reacción alérgica.
 - Administración de cremas o pomadas:
 - Rellenar el aplicador con la crema o pomada.
 - Introducir el aplicador de 5-7 cm dentro del canal vaginal.
 - Empujar el émbolo del aplicador para introducir la medicación.
 - Retirar y desechar el aplicador.
 - Limpiar restos que hayan quedado en los labios mayores con una gasa.
 - Poner una compresa o toallita higiénica a la paciente.
 - Dejar a la paciente limpia y cómoda con las barandas en alto.
- Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

10. Administración de medicamentos por vía rectal:

Definición: Preparación y administración de medicamentos prescritos a través de la mucosa rectal.

Objetivo: Administrar la medicación prescrita por vía rectal.

Responsables: Enfermera/o clínica: preparación y administración
Tens: preparación y administración

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Lubrificante hidrosoluble. (vaselina).
- Fármacos. (supositorios, pomadas, enema).
- Material para aseo genital.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 100 de 123
Código: GCL 1.2	Versión: 04		

- Material para aseo genital.
- Biombo.

Procedimiento:

1. Corroborar los correctos para la administración de medicamentos.
2. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente junto con el fármaco.
3. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
4. Presentarse con el paciente e identificar mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo de identificación.
5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
6. Colocar biombo para resguardar la intimidad del paciente.
7. Cubrir al paciente con una sábana, exponiendo únicamente las nalgas.
8. Posicionar al paciente decúbito lateral izquierdo, con la rodilla flexionada hacia el pecho.
9. Realizar aseo anal en caso de ser necesario, en donde se debe valorar el estado del ano.
10. Realizar cambio de guantes de procedimiento, previa higiene de manos según norma de IAS.
11. Extraer el supositorio frío, si tiene cánula retire el envase y lubricar su extremo.
12. Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.
13. Separar las nalgas del paciente con la mano no dominante.
14. Indicar al paciente que respire lenta y profundamente por la boca y que relaje el esfínter.
15. Con la mano libre, separar las nalgas del paciente para exponer adecuadamente el ano.
16. Con la mano dominante introduzca suavemente el supositorio en el recto, el ápice primero para efecto local o por la base para la absorción sistémica. Si tiene cánula (comprima el tubo para expulsar el medicamento a través del ano al recto).
17. Una vez administrado, indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación por al menos una hora. Si tiene deseo de expulsar, que junte los glúteos firmemente hasta que haya pasado el espasmo.
18. Dejar cómodo al paciente, con las barandas en alto.
19. Eliminar desechos, según protocolo de REAS.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 101 de 123

20. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
21. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento realizado como, por ejemplo. Sitio de punción y si presenta una reacción alérgica.
- Importante: Si se pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

J. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO:

1.Preparación preoperatoria:

Definición: la preparación preoperatoria del paciente, es el conjunto de pruebas diagnósticas, exámenes clínicos y preparación física que se realiza antes de una operación quirúrgica con el objetivo de evaluar el estado general de salud del paciente y prevenir posibles riesgos durante la intervención.

Objetivo: Verificar que el paciente reúne todas los requerimientos establecidos por la norma institucional, para resolución quirúrgica de su patología en pabellón.

Responsables

- EU clínicos: Programar, supervisar y/o ejecución del procedimiento.
- TENS: asistencia y/o ejecución del procedimiento.

Materiales:

- Clipera o tijeras.
- Guantes de procedimientos (EPP).
- Agua tibia, jabón de clorhexidina y paño de aseó.
- Insumos para aseó bucal (pasta, cepillo, enjuague de clorhexidina 0,12%).
- Quita esmalte.
- Bata clínica.
- Calzón clínico.

Procedimiento:

1. Verificar fecha y hora de la cirugía programada en tabla quirúrgica.
 2. Verificar que en la ficha del paciente se encuentren: exámenes de laboratorio prequirúrgicos, de imágenes y consentimiento informado requeridos para la intervención quirúrgica, de acuerdo a protocolo institucional.
- Importante: en pacientes mayores de 40 años y/o con antecedentes cardiacos, verificar que también tenga ECG tomado recientemente.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 102 de 123

3. Verificar con Unidad de Banco de Sangre, reserva de hemoderivados, si se requiere.
4. Verificar que el paciente se encuentre en ayuna, según indicación médica.
5. Verificar suspensión del tratamiento anticoagulante, según indicación médica.
6. Reunir el material necesario y trasladarlo a la unidad del paciente.
7. Realizar higiene de manos e instalación de EPP según norma IAS.
8. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, según protocolo institucional.
9. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
10. Consultar al paciente si ha presentado alguna vez reacción alérgica a algún fármaco.
11. Realizar preparación de la piel de la zona a intervenir:
 - Realizar ducha o baño en cama (uso de clorhexidina), lavado de cabello, corte de uñas, retiro de esmalte si es el caso y colocar bata clínica.
 - Realizar aseo bucal.
 - Recortar con Clipper o tijeras el vello de la zona operatoria para retirar el exceso de vellos.
12. Inmediatamente antes de ser enviado a Pabellón:
 - Retirar prótesis dental y resguardar en un contenedor del paciente, dispuesto en su unidad, si es el caso.
 - Ofrecer el urinario antes del traslado.
 - Controlar los signos vitales y registrar en la Hoja de enfermería de la Unidad.
 - Realizar check list prequirúrgico (Anexo N°3).
13. Informar al paciente y familia, la hora de pabellón, lugar de espera para que los familiares sepan cuando y donde recibirán información del médico tratante.
14. Coordinar con el resto de integrantes del equipo de enfermería, para un traslado oportuno una vez que el paciente sea llamado a pabellón.

2.Traslado del paciente a pabellón

Definición: Acto de traslado seguro y oportuno del paciente, desde la Unidad Clínica al pabellón quirúrgico para resolución de su patología quirúrgica.

Objetivo: Resolución quirúrgica de su patología.

Responsables:

- EU clínicos: Programar, supervisar y/o ejecución del procedimiento.
- TENS: asistencia y/o ejecución del procedimiento.
- Auxiliar de servicio: asistencia y apoyo en la ejecución del traslado.

Materiales:

- Ficha clínica y Hoja de enfermería, exámenes de laboratorio, imagenología, Consentimiento Informado.
- Equipo portátil de oxigenoterapia (si precisa).

Procedimiento:

1. Verificar que no hay suspensión o retrasos en la tabla quirúrgica.
2. Verificar la indicación de examen, procedimiento o intervención quirúrgica.
3. Preparar al paciente para su traslado
4. Ejecutar procesos preoperatorios:
 - Corroborar datos de paciente mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
 - Verificar permeabilidad de accesos venosos.
 - En paciente con nutrición parenteral, no desconectar el dispositivo invasivo (catéter o picc line). Sólo debe cerrar con clamp el lumen, apagar y retirar bomba de infusión.
 - Cerrar y desconectar el paso de infusiones, si corresponde.
 - En pacientes con CUP, vaciar bolsa recolectora y registrar débito urinario en hoja de enfermería.
 - Realizar aseo y cambio de ropa de cama si es necesario.
5. Preparar monitor de transporte, en caso de ser necesario.
6. Verificar que oxígeno portátil esté disponible y completo en caso de que el paciente se encuentre con oxigenoterapia.
7. En paciente con nutrición parenteral, no desconectar circuito del dispositivo invasivo, solo cerrar lumen con el clamp. Retirar bomba de infusión.
8. Vigilar que durante el traslado los dispositivos invasivos se desplacen y/o salgan (catéteres, tubos orotraqueales, drenajes, sondas, etc.)
9. Mantener barandas de la cama en alto durante todo el traslado.

Consideraciones:

- ✓ El traslado debe ser realizado por un TENS y un Auxiliar de Servicio y en pacientes de mayor complejidad, debe ir un profesional de enfermería.
- ✓ En pacientes con precauciones adicionales (aislamiento) colocar letrero institucional en la cama del paciente y uso de EPP.

Cuidados postoperatorios en el servicio clínico:

Definición: son los cuidados otorgados en forma inmediata una vez que el paciente regresa a su unidad clínica desde pabellón.

Objetivo: evaluar el estado actual del paciente y prevenir complicaciones en el post operatorio mediato, relacionado con la cirugía. (alteraciones de conciencia, hemodinámicas, respiratorias, sangramientos, retención de orina)

Responsables:

- EU clínicos: Programar, supervisar y/o ejecución del procedimiento.
- TENS: asistencia y/o ejecución del procedimiento.

Procedimiento:

1. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según normativa de IAAS.
2. Verificar identidad del paciente mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo de identificación de pacientes.
3. Controlar signos vitales y estado de conciencia del paciente mediante preguntas fáciles: nombre, dónde se encuentra entre otras.
4. Realizar examen físico completo, de cefalo a caudal:

- Estado de conciencia, se sugiere realizar preguntas sencillas, como, por ejemplo, nombre, edad, lugar en que se encuentra, entre otras.
- Valorar mecánica respiratoria y nivel de saturación de oxígeno. En caso de ser necesario instalar oxigenoterapia.
- Valorar el dolor mediante escala de evaluación, de acuerdo a protocolo institucional.
- Valorar sitio de herida operatoria; estado de los apósitos, presencia de sangramientos, suturas y/o drenaje.
- Valorar estado y permeabilidad de dispositivos invasivos: accesos venosos y/o drenajes.
- Evaluar micción espontánea o por sonda vesical.

5. Revisar protocolo operatorio e indicaciones médicas. En caso de que este indicado iniciar terapia prescrita
6. Dejar cómodo al paciente, facilitar su descanso y sueño. Barandas en alto.
7. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.

7. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAAS.
 8. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento, como, por ejemplo: estado de conciencia, signos vitales, presencia de dolor, estado de drenajes, etc.
- Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*

3. Cuidados en paciente con Drenaje pleural:

Instalación o cambio de la cámara de drenaje pleural:La instalación del drenaje pleural la realiza el médico en Pabellón.

Objetivo: Eliminar el líquido, sangre o aire que se acumuló en la cavidad pleural, que permite que los pulmones se reexpandan y se restablezca la presión negativa del espacio pleural.

Responsables:

- EU clínicos: ejecución del procedimiento.
- TENs: colaboración en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Guantes estériles.
- Pinzas Kelly.
- Kit de drenaje pleural.
- Matraz de Agua bidestilada.
- Apósito transparente adhesivo.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según norma IAAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración en la medida que su condición clínica se lo permita.
 5. Evaluar mecánica respiratoria y saturación de oxígeno.
 6. Retirar funda protectora del kit y llenar la jeringa que trae con agua bidestilada hasta más o menos 50 ml.
 7. Vaciar la jeringa en la cámara de sello de agua hasta la altura de 2 cm.
- Importante: el agua se teñirá de color azul, indicando que la cámara de sello de agua se ha llenado correctamente.*
8. Desechar la jeringa y el tubo del kit.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 106 de 123

8. Desechar la jeringa y el tubo del kit.
 9. Pinzar cuidadosamente el tubo pleural y realizar cambio del sistema de drenaje.
- Importante: tener cuidado de desplazar el tubo pleural al traccionar la silicona del drenaje para cambiarlo. Previamente, se debe chequear que sistema aspirativo, se encuentre funcionando correctamente.*

10. En caso de que la indicación médica sea dejar el sistema aspirativo, llenar con agua bidestilada la cámara de control de aspiración hasta el nivel de vacío prescrito.
 - Conectar el kit con red de aspiración de la unidad del paciente para regular la potencia de aspiración. Una vez conectado encender sistema de aspiración y valorar que el sistema funcione (burbujeo el agua en la cámara de aspiración).
- Importante: cerrar la cámara de control de aspiración colocando el tapón para que funcione correctamente.*

11. Dejar kit bajo el nivel del tórax del paciente, ya sea colgando de la base de la cama del paciente o en el piso.
12. Verificar que todas las conexiones se encuentren en su lugar, permitiendo así mantener el circuito cerrado.
13. Valorar débito, características y cantidad de contenido, inicialmente cada 1 hora y luego de las 6 horas se hará una vez por turno, dependiendo del débito drenado.
14. Realizar control con radiografía de tórax, según indicación médica.
15. Valorar presencia de dolor, de acuerdo a lo que establece protocolo institucional.

16. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
17. Educar al paciente con respecto a:

- frecuencia realice respiraciones profundas y tosa a intervalos para aumentar la presión intrapleurar, previniendo las atelectasias.
- Medidas y / o actividades frente a posible desconexión del circuito.
- 18. Retirar los EPP y realizar higiene de manos, según norma IAS.
- 19. Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento, como, por ejemplo: signos vitales, si el sistema quedó aspirativo o no, tipo y cantidad de contenido drenado, presencia de dolor, etc.

Importante: Si pesquiza alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Consideraciones:

- ✓ No se requiere pinzar el tubo pleural del paciente en caso de requerir trasladarlo, ya que el sistema es unidireccional.
- ✓ En caso de volcamiento del sistema, debe colocarlo rápidamente en forma vertical, evaluar integridad y nivel de sello de agua. De ser necesario cambiar el sistema.

Retiro del drenaje pleural:

Objetivo: Retirar un dispositivo médico invasivo que ya ha cumplido su función y, con el fin de prevenir posibles eventos adversos e IAAS.

Responsables:

- Médico/a: indicación del retiro y ejecución del procedimiento.
- Enfermera/o clínica: colaboración en el procedimiento.
- TENS: asistencia y colaboración en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Tijeras.
- Pinza Kelly.
- gasa estéril.
- apósito estéril.
- tela adhesiva.

Procedimiento:

El retiro debe realizarse una vez que se haya comprobado mediante radiografía de tórax la reexpansión pulmonar y, el cuadro respiratorio haya mejorado.

1. Para retirar el drenaje pleural el/la médico debe:

- Realizar higiene de manos e instalar guantes de procedimiento.
- Explicar el procedimiento al paciente para que colabore, en la medida de su condición.
- Retirar el apósito que cubre sitio de inserción del drenaje.
- Pinzar el tubo con una pinza Kelly.
- Retirar sutura.
- Indicar al paciente que realice una inspiración profunda y mantenga la respiración.
- Mientras el paciente mantiene la respiración se debe extraer el tubo de forma rápida, cubriendo inmediatamente el sitio de inserción con una gasa estéril para crear un sello y cierre seguro.
- Colocar sobre gasa un apósito el cual debe ser fijado con tela adhesiva.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Código: GCL 1.2 Version: 04 Página 108 de 123
---	--	---

4. Curaciones:

a. Curación de Herida operatoria:

Objetivo: Limpiar, preservar el tejido viable, restituir la continuidad del tejido y la función del mismo, procurar las condiciones óptimas para que la herida cicatrice adecuadamente.

Responsables:

- EU clínico: ejecución del procedimiento.
- TENS: colaboración en el procedimiento.

Materiales:

- EPP (según norma IAS).
- Equipo de curación.
- Campo estéril (si la lesión es extensa).
- Guantes estériles.
- Suero fisiológico 0.9% (cantidad a usar según tamaño de la lesión).
- Solución limpiadora (la que exista disponible en HUAP).
- Protector cutáneo y apósito.
- Apósitos primarios, secundarios y gasas estériles.
- Gasa adhesiva, tipo Fixomull.
- Mesa mayo u otra.
- Contenedor REAS.
- Contenedor para la eliminación del material cortopunzante.
- Biombo.

Procedimiento:

1. Reunir el material en el carro de curación, el cual debe ser llevado a la unidad del paciente. En caso de que el paciente tenga aislamiento, el material que se considera utilizar debe estar disponible fuera de la unidad del paciente.
 2. Cuidar la privacidad del paciente con el uso de biombo en caso de ser necesario.
 3. Realizar higiene de manos e instalación de EPP, según norma IAS.
 4. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
 5. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
- En caso que el paciente se encuentre grave, con uso de drogas vasoactivas o conectado a ventilador mecánico, verificar parámetros previamente y

- contar con un operador que mantenga el posicionamiento del paciente en todo momento.
- Acomodar al paciente y con la mesa limpia, alistar materiales en mesa de trabajo.
 - Retirar apósitos y eliminar en contenedor destinado para ello.
 - Retirar guantes de procedimientos y realizar higiene de manos según norma de I.A.S.
 - Colocar guantes estériles.
 - TENS presenta material para que EU clínico prepare su área de trabajo para descubrir la herida.
 - Valoración y clasificación de la herida: evaluar presencia de signos de infección, estado de sutura, dehiscencia, exudados, etc.

Curación en heridas planas:

Objetivo: Limpiar, preservar el tejido viable, restituir la continuidad del tejido

Procedimiento:

- Mantener técnica estéril durante el procedimiento y utilizar pinzas para manipular materiales.
- Pedir a TENS que asista en la entrega de material a utilizar y posicionar insumos de manera que esté accesible en equipo de curación.
- Solicitar a TENS que vierta SF 0.9% en riñón o bandeja de curación.
- Empapar una gasa estéril con suero fisiológico al 0,9%.
- Limpiar suavemente la herida desde lo más limpio a lo más sucio. El movimiento puede ser hacia arriba, o desde el centro hacia los lados (repetir procedimiento cuantas veces sea necesario, hasta dejar limpia la herida).
- Secar con una gasa estéril.
- Según la valoración de la lesión, aplicar gasa con solución limpiadora y dejar el tiempo que indique el proveedor; pedir a TENS que vierta solución limpiadora en gasa estéril.
- Cubrir con gasa y tela o apósito transparente adhesivo.

Curación en heridas abiertas:

Objetivo: Es limpiar, preservar el tejido viable, restituir la continuidad del tejido.

- Mantener técnica estéril durante el procedimiento.
- Preparar duchoterapia para lavar heridas con suero fisiológico al 0,9%.
- Lavar la herida con abundante suero fisiológico al 0,9%. hasta observar limpia.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 110 de 123

- Secar con una gasa o apósito estéril.
- Aplicar gasa estéril con solución limpiadora. No secar.
- Retirar gasa y realizar debridación mecánica, si se requiere.
- Objetivar extensión y profundidad de la herida, utilice regla de equipo de curación estéril.
- Cubrir con apósito primario o interactivos, según tipo de herida.
- Aplicación de protector cutáneo en piel perilesional.
- Cubrir con apósito secundario y gasa adhesiva o venda de ser necesario.

Continuación de procedimiento para ambos tipos de curaciones:

- Retirar y eliminar material sucio según protocolo de REAS.
 - Retirar EPP y realizar higiene de manos según norma de IAS.
 - Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
 - Valorar dolor en el paciente, durante y post curación.
 - Administrar analgesia en caso de ser necesario y según indicación médica.
 - Realizar registro en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando aspectos relevantes del procedimiento, como, por ejemplo: presencia o no de signos de infección, de dehiscencia de sutura, aumento de tamaño, etc.
- Importante:** Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*
- Nota:** para las Lesiones por Presión revisar Protocolo de Prevención y Tratamiento de lesiones por presión.

K. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO EN EL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO.

1. Paciente con yeso de bota corta:

Objetivo: Mantener la extremidad alineada.

Responsables:

- Traumatólogo: Indicación y ejecución.
- EU clínico: Programar, supervisar y/o colaborador del procedimiento.
- TENS: Ejecutor o asistente en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimientos (EPP).
- Soporte para flexión de la rodilla.
- Tejido tubular protector de la piel.
- Vendas de yeso (2) de 20 cm.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 111 de 123

- Recipiente con agua.
- Sierra oscilante.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
 2. Realizar higiene de manos e instalación de EPP según normativa IAS.
 3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
 4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
 5. Administrar analgesia en caso de ser necesario, según indicación médica.
 6. Acomodar al paciente con la pierna flexada sobre el soporte de rodilla.
 7. Revisar estado de la piel: lesiones y/o edema. (partes blandas).
 8. Valorar el estado de circulación sanguínea de la extremidad afectada.
 9. Instalar el tejido tubular por sobre toda la pierna y luego vendarla, con una venda de algodón acolchada teniendo especial cuidado con las prominencias óseas.
 10. TENS prepara el yeso con agua.
 11. Una vez lista la preparación de yeso se debe aplicar sobre el vendaje, moldeándolo sobre la pierna y esperar que fragüe.
 12. Abrir el yeso con sierra oscilante.
 13. Verificar movilidad y perfusión de los dedos, sitios de presión y colocar tela adhesiva en donde se cortó el yeso para mantenerlo en su sitio.
 14. Eliminar material usado según norma de REAS.
 15. Retirar EPP e higienizar las manos según norma de IAS.
 16. Dejar cómodo al paciente.
 17. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, y/o aspectos relevantes del procedimiento realizado.
- Importante: Si pesquise alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.*
18. Aislar la extremidad con protector de plástico, para la ducha.
 19. No sacar el acolchado del yeso.
 20. No aplicar polvos o desodorante a la piel por plicazón, no insertar palillos dentro del yeso para rascarse.
 21. No recortar el yeso.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 112 de 123

Consideraciones:

- Evaluar durante las primeras cuatro horas sensación de hormigueo, adormecimiento, temperatura de la piel, presencia de cianosis, dolor, pulsos a distal y llene capilar. Luego cada 12 horas.
- Revisar y proteger la piel en los bordes del yeso, para prevenir lesiones cutáneas.
- Mantener la extremidad en alto para prevenir el edema (férula).
- Educar al paciente en cuanto:
 - No movilizar la extremidad durante la etapa de secado del yeso para evitar que se desarme o rompa tempranamente.
 - El secado del yeso corriente es más o menos a las 24 horas, del yeso plástico a las 2 horas.

2.Curación de tutores externos:

Objetivo: Es prevenir infecciones en el sitio de inserción del tutor externo.

Responsables:

- ✓ EU clínico: ejecutor del procedimiento.
- ✓ TENS: asistente en el procedimiento.

Materiales para la curación de aguja trans-ósea:

- ✓ Guantes de procedimiento (EPP).
- ✓ Ampollas de suero fisiológico al 0.9 %. 20 ml.
- ✓ Antiséptico (Clorhexidina al 2%).
- ✓ Gasas y apósitos estériles.
- ✓ Tela adhesiva.
- ✓ Mesa mayo u otra.

Procedimiento:

1. Reunir el material necesario.
2. Valorar dolor, con escala institucional destinada para ello.
3. Administrar analgesia en caso de ser necesario y según indicación médica.
4. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
5. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo institucional.
6. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
7. TENS prepara material en mesa de trabajo destinada para ello.
8. EU clínico retira las gasas y apósitos cuidadosamente, para evitar lesiones.

9. Valorar estado de la piel y zona de inserción de las agujas: coloración, temperatura, presencia de secreciones, etc.
10. EU clínico retira guantes de procedimientos y realiza higiene de manos, según norma IAS, luego se instala guantes estériles.
11. EU clínico prepara en mesa mayo u otra, su zona de trabajo (limpia y sucia), prepara material a utilizar y, solicita a TENS que vierta SF en gasa para humedecer.
12. Limpiar con gasas humedecidas la piel circundante a la aguja hasta visualizarla limpia.
13. Pincelar schanz (agujas) con antiséptico en uso. En caso de encontrar exudativo, cubrir con gasa y apósito estéril, dejar fijo con tela adhesiva
14. Eliminar material, según normativa de REAS.
15. Retirar EPP e higienizar sus manos, según norma IAS.
16. Dejar cómodo al paciente y barandas en alto.
17. Registre en la Hoja de enfermería o DAV en la UEH, y/o aspectos relevantes del procedimiento realizado.

18. Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico/a a cargo.

Consideraciones importantes:

- ✓ No realizar curaciones dentro de las primeras 48 hrs. de la instalación de los fijadores externos.
- ✓ Si presenta sangrado activo dentro de este período, avisar al médico Traumatólogo/a.
- ✓ Si observa exudado purulento o signos clínicos de infección, avisar al médico tratante.

3. Instalación de sistema de Tracción de partes blandas:

Responsables:

- Traumatólogo: Indicación y ejecución.
- EU clínico: Programar, supervisar y/o colaborar del procedimiento.
- TENS: Ejecutor o asistente en el procedimiento.

Materiales:

- Guantes de procedimiento (EPP).
- Jabón, agua y apósito o compresa para aseo.
- Kit de tracción o cinta semirrígida (tensoplax STK).
- Vendaje elástico.

L. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE DEBE CONOCER Y MANEJAR ENFERMERIA:

1. Reunir el material necesario.
2. Realizar higiene de manos e instalar EPP, según norma IAS.
3. Presentarse con el paciente e identificarlo mediante brazalete de identificación, de acuerdo a protocolo.
4. Explicar al paciente con lenguaje claro el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración, en la medida que su condición clínica lo permita.
5. Valorar la presencia de dolor, de acuerdo a protocolo.
6. Administrar analgesia en caso de ser necesario, según indicación médica.
7. TENS lava la extremidad con un apósito húmedo con agua y jabón, luego enjuaga con un nuevo apósito humedecido.
8. Valorar la presencia de lesiones, erosiones y/o várices, ya que no debe instalarse este dispositivo sobre ellas.
9. Instalar cinta semirrígida a lo largo de la extremidad partiendo de la zona supra maleolar hasta bajo la cabeza del peroné, asegurándose de que no queden arrugas o pliegues, no debe cubrirse el pie.
10. Elevar la extremidad y vendar hasta zona supra maleolar en forma suave pero firme, sin comprimir prominencias óseas.
11. Colocar la férula de Braun bajo la extremidad del paciente.
12. Posicionar el estribo en el eje de la extremidad, colocar las cuerdas de tracción, las poleas y el peso de manera que cuelguen libremente.
13. Proteger zonas de apoyo, para prevenir lesiones cutáneas.
14. Instalar alza ropa y dejar cómodo al paciente.
15. Eliminar material sucio, según norma de REAS.
16. Retirar EPP y realizar higiene de manos, según norma de IAS.
17. Registrar en la Hoja de enfermería o DAU en la UEH, especificando si hay o no presencia de dolor, estado de la piel entre otras cosas que considere relevante de dejar registradas.
18. Importante: Si pesquisa alguna alteración durante el procedimiento, avisar inmediatamente al médico a cargo.

Procedimiento:

- Férula de Braun.
- Pesas de 1, 2, 3 y hasta 5 Kg.
- Balde o contenedor.
- Mesa mayo u otra.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 114 de 123



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Página 116 de 123

1. Verificar la indicación médica de traslado o alta del paciente.
2. Realizar un resumen acotado pero explícito del comportamiento clínico del paciente, su evolución y respuesta al tratamiento y cuidados mientras estuvo hospitalizado; finalizando con la condición actual y motivo del traslado o alta.
3. Al final de la evolución, registrar nombre completo del profesional responsable, turno, fecha, hora y firma.

3. Traslado de paciente a otras instituciones de salud:

1. Verificar indicación de traslado y corroborar institución de destino (servicio clínico, número de sala y cama)
2. Verificar y gestionar orden de ambulancia.
3. Informar al paciente y/o tutor responsable del traslado a realizar.
4. Confeccionar hoja de Egreso de Enfermería e Informe de Antecedentes de IAAS (anexo N°2).
5. Realizar preparación del paciente para su traslado.
6. Reunir pertenencias del paciente y guardar en bolsa destinada para ese fin.
7. Reunir antecedentes clínicos para su envío (informe de exámenes, cd de imágenes, protocolos operatorios, etc).
8. Coordinar el traslado con la Unidad de Gestión de Camas. En caso de que el paciente mantenga alguna medida de precauciones adicionales (aislamiento) informarlo y registrar claramente en la epicrisis.
9. Entregar vía telefónica a paciente en caso de ser posible a profesional de enfermería de la unidad a la que será trasladado el paciente.
10. Ordenar la ficha clínica y entregar a la secretaría para su posterior envío a la Unidad de GRD.

4. Alta del paciente:

Procedimiento por el que un paciente deja de ocupar una cama de hospitalización. Esto puede ocurrir por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

El paciente llevar lo siguiente:

- Registro de Check list traslado y/o alta de enfermería (ANEXO N°1).
- Carnet de alta

- Realizar educación al alta tanto al paciente como al familiar/acompañante, de acuerdo a los tratamientos y/o cuidados que requiera mantener en domicilio.
- Registrar en la Hoja de enfermería cuidados al alta que se realizaron y la hora del egreso de la unidad del paciente.
- Coordinar para que el paciente sea trasladado por un auxiliar de servicio en silla de ruedas hasta la puerta del hospital si se va en auto particular.
- Ordenar Ficha clínica (según Protocolo de Manejo de Ficha Clínica) y entregarla a la secretaría de la Unidad hasta el día hábil sea horario inhábil mantener en la Unidad hasta el día hábil sea entregado a la secretaría.

5. Entrega y Recepción de turno de enfermería

Para su ejecución y cumplimiento referirse al “Protocolo de entrega y recepción de turno de enfermería”.

6.Aplicación de Escala de Braden Bergstrom

Para su ejecución y cumplimiento referirse a “Protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión” Versión 5 del 09/2023 GCL 2.2 Repositorio

7.Aplicación de pauta de Categorización Usuaría por Riesgo-Dependencia (CUDYR)

Para su ejecución y cumplimiento referirse al Protocolo de Categorización Riesgo Dependencia. Versión 1, Enero 2023, Repositorio.

8.Aplicación de índice de Barthel

Para su ejecución y cumplimiento referirse a Guía de aplicación de índice de Barthel en HUAP.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 118 de 123

VI. DISTRIBUCION:

- ✓ Dirección
- ✓ Subdirección Gestión del Cuidado
- ✓ Subdirección de Gestión Clínica.
- ✓ Unidad de Salud del Trabajador
- ✓ Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- ✓ Unidad de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- ✓ Departamento de Formación, Investigación y Docencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Año 2010. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.
2. Revista latinoamericana de enfermagen. Cirugía segura: validación de check list pre y post operatorio. Alpendre, F., Cruz, E., Dyniewicz, A., Mantovani, M., Santos, G. (2017).
3. Nursing and Allied Health Dictionary. Anderson. (Ed). (2004) Mosby, Medical, Mosby-Year Book Missouri.
4. OMS (2013). La higiene de manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración.
5. Manual de Procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud Dirección: Avda. Manuel Siurot s/n. CP 41013. Sevilla <http://www.huvr.es>
6. Plazas, L (2002, 6 de febrero) "Dispositivos de Oxigenoterapia". Blog Enfermería Buenos Aires. Argentina. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com>
7. Cápsula informativa N°02 _ 2021. Observatorio de Calidad. Seremi Salud.
8. Guía rápida y póster de dispositivos de oxigenoterapia para enfermería. Nahia Arraiza Gullina Año 2015. Universidad Pública de Navarra.
9. Oxigenoterapia: conceptos generales, objetivos y dispositivos para su administración. Revisión bibliográfica. Silvia Anastasia Calvo Campos. Vol. XV; N° 15; 784
10. Aspiración endotraqueal con sistema cerrado. Enf. Card. Estela Rivera Arroyo. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica. 2009; 7(1-4):43-45

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 119 de 123

11. Guía de Práctica clínica para succión endotraqueal en Unidad de Paciente Crítico en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Unidad de Kinesiólogía intensiva y soporte ventilatorio, IAAS HUAP, año 2020

12. Guía de Práctica Clínica de uso de dispositivos de Oxigenoterapia. Versión 01. Año 2024. Unidad de Rehabilitación y Gestión Funcional. HUAP

13. Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Andalucía. España. Año 2018

14. Norma de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Programa de Control de IAAS. HUAP. Mayo 2023. Pág. 1-51

15. Protocolo de instalación y manejo del catéter venoso central. HUAP. IAAS. Año 2022 Nov. Pág. 21-43

16. Catéteres tunelizados para hemodíalisis. Vicente Paraiso. Nefrología al día. Sociedad española de Nefrología. 25.10.2021

17. Accesos vasculares percutáneos: Catéteres tunelizados. Rosa Haridian Sosa Barrientos. Nefrología intervencionista. Hospital Universitario. Madrid. 15.08.2021

18. Procedimiento de colocación y cuidados de la sonda nasogástrica. Red de Salud. Xunta de Galicia. España. Alvarez P. Año 2021

19. Guía para la toma de muestras respiratorias en pacientes con sospecha de infección por Coronavirus. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. Año 2022.

20. "Manual de Procedimientos de Kinesiólogía intensiva y soporte ventilatorio para paciente crítico". Unidad de Kinesiólogía intensiva soporte ventilatorio. Año 2023. HUAP

21. Guía de Práctica clínica de uso de dispositivos de oxigenoterapia. unidad de Rehabilitación y Gestión funcional, año 2024. HUAP.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
	SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Version: 04
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 120 de 123

VIII MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE	MODIFICACIÓN	APPROBADO POR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN			
04	07/2019	Actualización	E.U Mónica Gonzalez Concha	Dr. Pedro Beláunde Bernal	Director HUAP
05	07/2024	Actualización	E.U Carolina Rivas Jérez	Subdirectora Gestión del Cuidado (s)	Dr. Patricio Barria Ailef



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.2
SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO	Versión: 04
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Página 121 de 123

VIII : ANEXOS:

Nº1: Registro de Check List traslado y/o alta de enfermería.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA



CHECK LIST DE ENFERMERIA
PACIENTE AL ALTA O TRASLADO

NOMBRE PACIENTE	
RUT:	
Nº DE FICHA:	
SERVICIO:	FECHA:
ALTA:	TRASLADO:

ENTREGA DE DOCUMENTOS		
SI	NO	N/A
CARNET DE ALTA		
EPICRISIS MEDICA		
EPICRISIS DE ENFERMERIA (EN CASO DE TRASLADO)		
INDICACIONES MEDICAS		
RECETA MEDICA		
COMPROMISANTE DE RECUDACION		
EXAMENES DE LABORATORIO		
IMAGENOLOGIA (TAC, HUIER, ECOGAFIOGRAMAS)		
INTERCONSULTAS		
CARTOLA DE TBC		
CARNET DE TACO		
ENG		
HORA DE POLICLINICO (PACIENTE TRAUMATOLOGICO, QUIRURGICO, ETC)		
INFORME DE PROceso DIAGNOSTICO		
SILLA DE RUEDAS		
COLCHON ANTESCARA		
ANDADOR		
EDUCACION ALTA SOBRE ENTREGA DE FOLLETO(S)		
CUIDADOS CATERER URINARIO		
INSULINOTERAPIA		
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS		
ALIMENTACION ASISTIDA		
PIE DIABETICO		
USO DE INHALADORES		
CARNET DE MARCAPASOS DEFINITIVO		
OTROS		
OTROS (MEDICAMENTOS, EXAMENES, ETC. PARTICULARES QUE EL PACIENTE HAYA TRADO AL SERVICIO)		

NOMBRE - RUT - PARENTESCO
QUIEN RECIBE DOCUMENTACION

NOMBRE - TRAILA
ENFERMERA ENCARGADA DE EGRESO

Nº2: Hoja de Antecedentes IAAS a solicitar en traslado de pacientes a otros Centros de Salud.

Antecedentes IAAS a solicitar en traslados de pacientes a otros centros de salud

Fecha de llenado del formulario:	Hora:
----------------------------------	-------

1. Antecedentes del paciente:

Nombre:	Rut:
Diagnóstico clínico:	
Fecha de ingreso a la institución que solicita el traslado:	Servicio que trasladó:
Institución que trasladó:	

2. Antecedentes epidemiológicos

Estadía en unidad de paciente crítico, dentro de los últimos 30 días:	SI	NO
¿Qué Unidad Crítica?:		
Paciente se encuentra con alguna precaución adicional:	SI	NO
¿Cuál? – Fecha de indicación:		
NINGUNO	CONTACTO	AEREO
	GOTITAS	AMBIENTE PROTEGIDO

Aclarar agente y fecha, si corresponde:

Agente	Infeción / colonización	Fecha de identificación
Clostridioides difficile		
SAMR		
ERV		
Otro agente, especificar:		
SARS-CoV-2	Examen realizado:	Fecha inicio de síntomas:
		¿Contacto con caso (+) en la última semana?
		SI
		NO

Adjuntar exámenes, cultivos y antibiograma, si corresponde.

Agente	Infeción / colonización	Fecha de identificación
Bacilo Gram(-) productor de BLEE		
Bacilo Gram(-) resistente a carbapenémicos		
Enterobacterias productoras de carbapenemasas, especificar		
cuál. (VIM, KPC, NDM u otros)		
Agente de importancia epidemiológica resistente a Colistin		

Adjuntar cultivos y antibiograma, si corresponde.

Sintomatología actual de relevancia epidemiológica:

Responsable de llenar la información:

Nome do Paciente: _____
RUT: _____
Ficha o DAV: _____

Diagnostico:

German de importancia epidemiológica: _____

HISOPADO: _____

Características

	Lunar Inception
--	-----------------

3	Consentimiento informado completado, según protocolo
---	--

5 Toma de ECG en paciente > 40 años y/o con antecedentes cardíacos. Debe tener nombre y fecha de ingreso a la institución.

bioluminescence (*< 1 ms*): VIB, VHB, VHC, PRO y OC (*< 5 días*) * Rx toxax

8	Reserva de transfusión crematada	
---	----------------------------------	--

20	paciente en ayunas. Cantidad de hrs..... (solido 8 horas liquido 4 horas)
----	---

12	Paciente con registro de baño con clorhexidina visiblemente limpio
----	--

14	Resolución de zona orgánica (Reserva de zona orgánica)
15	Resolución de zona orgánica (Reserva de zona orgánica)

19-PAGE TWO, WASHINGTON, D.C., MAY TWENTY SEVEN LAST.

[illegible]

19	Acceso vascular central, con aposito transparente, sitio de inserción visible y limpio, con lúmenes protegido con
----	---

21 Page 1 of 1

22	Reino de Arribas (Arribas, Arribas, Arribas)
23	Reino de Arribas (Arribas, Arribas, Arribas)

25 Ausencia de maquillaje (Mascaras de postizas)

27 Sistema de presión (VAC) aplicado al momento de traslados

29	Paciente con medidas antiepilepticas instaladas o compresión neumática
----	--

03/05/2009 15:00

36	INDICACIONES DE USO DE PRODUCTOS DE CUIDADO PERSONAL
----	--

Enfermero responsable recepción	
---------------------------------	--

CHECK LIST DE EGRESO DE PABELLON O UCPA

1	Acceso vascular permeable, #posito transparente, #lo, #limpio y ratulado		
4	Oxigenoterapia (separar #litos)		

6	Apostolos limpios, secos y #106
---	---------------------------------

8	Sonda Foley se encuentra con circuito cerrado, libre de acodaduras, permeable y fija a perna, fijas	
---	---	--

[illegible]

12	Alisamiento: identificación de con la tereza de gemen de importancia epidemiológica		
13	En el caso de la tereza de gemen de importancia epidemiológica		

Nome e endereço do Enfermeiro que recebe as visitas:

Nombre y apellido de emisor responsable de la acción o acciones: