



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 20 de noviembre de 2018

VISTO:

El Expediente N° 24531-2018, que contiene el Informe N° 2697-DE-2018-HCH, de fecha 28 de septiembre 2018, del Departamento de Enfermería, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento de visto, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, las cuales tienen por objetivo estandarizar criterios de intervención a los pacientes para prevenir complicaciones;

Que, mediante Informe Técnico N° 087-OGC-2018-HCH, de fecha 24 de octubre de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, asimismo, el artículo 58, literal d), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Enfermería: Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, de fecha 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, se tiene que las Guías de Procedimiento Asistencial son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un procedimiento asistencial específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y técnicas de ejecución del procedimiento, para una apropiada y oportuna atención de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefa del Departamento de Enfermería, aprobando la propuesta de GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA;

Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 936 -2018-OAJ-HCH, resulta procedente la aprobación de las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, propuesta por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones de la Jefa del Departamento de Enfermería, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, propuestas por el Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia, que a continuación se detallan:

- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Colocación de Catéter Periférico a paciente pediátrico.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Aspiración de Secreciones Circuito Abierto por Tubo Endotraqueal.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Aspiración de Secreciones Circuito Cerrado por Tubo Endotraqueal.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Lavado Gástrico a Través de Sonda Nasogástrica.
- Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Administración de Tratamiento Endovenoso por bomba de infusión en paciente adulto.



Por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Departamento de Enfermería proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA, aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.



Artículo 3°.- Disponer la Publicación de las referidas GUIAS, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Aida Cecilia Palacios Ramirez
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

- ACPR/BAIC/phng
Distribución:
() DG
() DE
() OGC
() OAJ
() Archivo



I GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACION DE SECRECIONES CIRCUITO ABIERTO POR TUBO ENDOTRAQUEAL.

Código: 32

CPT:

II DEFINICION

Es un procedimiento aséptico por el cual se libera la vía aérea de secreciones al introducir una sonda de aspiración a través del tubo endotraqueal controlando el tiempo y la presión ejercida durante su práctica.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar criterios en cuidados de enfermería en la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal con técnica abierta.
- ✓ Reducir posibles complicaciones durante la aplicación del procedimiento.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Oña Changoluisa Katherine Elizabeth en su proyecto de investigación "Plan de capacitación sobre técnicas de aspiración de secreciones y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes entubados de la unidad de cuidados intensivos del Hospital provincial general docente Riobamba- Ecuador 2017"

Llego a las siguientes conclusiones: El personal de enfermería se encuentra con conocimientos sobre la técnica de aspiración de secreciones, pero al momento de poner en práctica no cumple con normas de bioseguridad ni realiza todo el proceso correcto, ya que lo inadecuado esta dado porque antes de la aspiración no ausculta al paciente, durante la aspiración, la duración es menor de 10 segundos y después de la aspiración no ausculta ambos campos. Por lo cual se debe saber signos y síntomas de complicaciones por aspiración de secreciones y sus consecuencias.

III RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería (Operador)

Técnica en Enfermería (Colaborador)

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Todos los pacientes que se encuentren con tubo endotraqueal
- ✓ Que presenten incremento de secreciones a nivel bronquial.

RELATIVAS

- ✓ Hipoxia y alteraciones hemodinámicas.
- ✓ Extracción de muestras para cultivo por bronca aspiración.

V CONTRAINDICACIONES



ABSOLUTAS

- ✓ Ausencia de secreciones a nivel traqueo bronquial.
- ✓ Hipoxemia refractaria.
- ✓ Hipertensión arterial sistémica severa.
- ✓ Arritmias cardíacas por hipoxia.
- ✓ Hipertensión intracraneal.
- ✓ Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

RELATIVAS

- ✓ Administración reciente de surfactante pulmonar.
- ✓ Hemorragia pulmonar.
- ✓ Inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Broncoespasmo.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPO MEDICO

- 01 Aspirador de secreciones
- 01 Flujómetro de oxígeno
- 01 Estetoscopio.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 01 Camilla de metal o Diván
- 01 Silla metálica.
- 01 Mesa de mayo.
- 01 Riñonera de acero quirúrgico.

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

- 01 Par de guantes estériles.
- 06 Paquetes de gasa estéril 10x10.
- 01 Gorro descartable
- 01 Mascarilla descartable
- 01 Mandil descartable.
- 01 Jeringa de 10 ml.
- 01 Sonda de Aspiración sistema abierto, según paciente
- 5ml. Jabón germicida líquido.
- 60cm. Papel toalla
- 5ml. Alcohol gel



MEDICAMENTOS

1000cc. Solución salina 9/00 o agua bidestilada.

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Evalúe la necesidad de aspiración, signos vitales, estado respiratorio y nivel de conciencia del paciente. Explique el procedimiento al paciente y al familiar y verifique la pulsera de identificación.	1. La valoración precisa riesgos y mayor compromiso respiratorio al paciente. La angustia en el paciente incrementa el consumo de oxígeno, una información adecuada reduce al mínimo la angustia y el temor del paciente.
2. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA	2. Previene las infecciones cruzadas.
3. Verifique el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar el regulador al nivel del control de vacío de la aspiración, Oxigenar y prepare los materiales e insumos.	3. La presión de succión en 80-120mmHg.para niños y de 120 a 150 mmhg para adulto.
4. Preserve la intimidad del paciente y coloque al paciente en posición semi-fowler si no hay contraindicación.	4. La privacidad proporciona seguridad al paciente y la posición de semi fowler de 45°es la posición más eficaz para promover la expansión pulmonar y reducir la presión desde el abdomen hacia el diafragma.
5. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA(enfermera y colaboradora) y colóquese gorro, mascarilla, mandil y guantes estériles.	5. Previene las infecciones cruzadas.
6. La colaboradora ofrecerá la sonda de aspiración abierta Inicie la succión introduciendo la sonda a través del tubo endotraqueal, presionando la válvula de aspiración y retirando lentamente haciendo un movimiento giratorio de la sonda. No exceder de 10 segundos durante la aspiración.	6. Los movimientos rotatorios evitan que el catéter tire de los tejidos provocando un traumatismo Diez segundos es el tiempo máximo para evitar Hipoxemia o Atelectasia.
7. Retire la sonda de aspiración del tubo endotraqueal; limpie con gasa estéril, irrigándola con agua bidestilada.	7. Secreciones contaminan el sistema y obstruyen la salida de vacío
8. Repita el procedimiento hasta observar ausencia de secreciones a través del tubo endotraqueal o que al auscultar el murmullo vesicular en ambos campos pulmonares se encuentre libre de secreciones y haya recuperado saturometría mayor a 95%.	8. La auscultación de campos pulmonares permite evaluar la eficacia del procedimiento.



9. Reinstale al paciente a la fuente oxígeno.	9. Continúa con asistencia oxigenatoria.
10. Descarte material utilizado, retirese los equipos de protección personal y deje cómodo al paciente. Realice higiene de manos. Según norma.	10. El uso de material estéril previene complicaciones respiratorias.
11. Registre el procedimiento en Kardex y en las Notas de Enfermería.	11. Permite realizar seguimiento del procedimiento realizado.

IX COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES
DESATURACIÓN POR DEBAJO DE 85%.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspenda el procedimiento. 2. Administre oxígeno con flujo libre, 3. En el caso de estar conectado a un ventilador, podemos incrementar la FIO₂ en 10%.
EXTUBACIÓN ACCIDENTAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifique la Extubación. 2. Inicie ventilación a presión positiva con bolsa de reanimación. 3. Informe al médico asistente. 4. Prepare equipo para reintubación
HEMORRAGIA POR EROSIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspenda el procedimiento. 2. Informe al médico asistente.
REFLEJO VAGAL: ARRITMIA CARDIACA, BRADICARDIA, PARO CARDIO RESPIRATORIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspenda el procedimiento. 2. Inicie RCP. 3. Solicite asistencia del médico asistente.



X BIBLIOGRAFIA

1. Patricia A. Potter AGP. Fundamentos de Enfermería. In Patricia A. Potter AGP. Fundamentos de Enfermería. España: El Sevier; 2013. p. 844.
2. Susana Rosales Barrera ERG. Fundamentos de Enfermería. In Susana Rosales Barrera ERG. Fundamentos de Enfermería. Mexico: El Manual Moderno; 2014. p. 401-404.
3. Sanguesa CM. Enfermera en Urgencia y UCIS. 2015. Enfermera en Urgencias, Técnica 5 Aspiración de Secreciones en pacientes entubados.



XI ANEXO

ANEXO I

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACION DE SECRECIONES CIRCUITO ABIERTO POR TUBO ENDOTRAQUEAL				
LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa la historia clinica, Kardex y nombre del paciente			
2	Evalúa la necesidad de aspiración, signos vitales, estado respiratorio y nivel de conciencia del paciente. Explique el procedimiento al paciente y al familiar y verifique la pulsera de identificación			
3	Realiza higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA			
4	Verifica el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar el regulador al nivel del control de vacío de la aspiración, Preparar el AMBU y conectarlo a la fuente de oxígeno a 15lt por minuto y prepare los materiales e insumos.			
5	Preserva la intimidad del paciente y coloca al paciente en posición semi-fowler si no hay contraindicación.			
6	Realiza higiene de manos Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA(enfermera y colaboradora)			
7	Se coloca lentes, mascarilla, mandil y guantes estériles.			
8	Desconecta al paciente del ventilador			
9	Pre oxigena al paciente con FiO2 100% al menos durante un minuto.			
10	La colaboradora ofrecerá la sonda de aspiración abierta Inicia la succión.			
11	Retira la sonda de aspiración del tubo endotraqueal, limpie, irrigándola con agua bidestilada			
12	Repita el procedimiento hasta observar ausencia de secreciones			
13	Reinstala el ventilador mecánico regrese lenta y progresivamente los parámetros iniciales			
14	Descarta material utilizado, retira los guantes y deja cómodo al paciente. Realiza higiene de manos Según norma.			
15	Registra el procedimiento en Kardex y en las Notas de Enfermería.			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		



I GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACION DE SECRECIONES CIRCUITO CERRADO POR TUBO ENDOTRAQUEAL.

Código: 33

CPT:

II DEFINICION

Es un procedimiento aséptico en el cual se conecta una sonda estéril en línea al circuito del respirador quedando la sonda siempre protegida mediante una camisa de plástico. Las ventajas principales de este sistema es la no desconexión del paciente, evitando fugas, no perdiendo la Presión positiva al final de la espiración (PEEP) y la disminución de riesgos de padecer neumonía.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar criterios en cuidados de enfermería en la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal con técnica cerrada.
- ✓ Reducir posibles complicaciones durante la aplicación del procedimiento.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En el Perú el Ministerio de Salud inicia las actividades relacionadas en la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias dando a conocer que es un problema de salud pública del país. Para lo cual se elabora el primer manual de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, en prevención y control.

De las infecciones asociadas a salud informadas en el año 2012 las neumonías asociadas a ventilación mecánica en cuidados intensivos ocupa el segundo lugar con 13.9%.

Las Diresas (Dirección Regional de Salud) realizan la supervisión del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias a todos sus establecimientos de salud con el cumplimiento de la directiva sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01.

III RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería (Operador)

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Todos los pacientes que se encuentren con ventilación mecánica invasiva.
- ✓ Que presenten incremento de secreciones a nivel bronquial.

RELATIVAS

- ✓ Hipoxia y alteraciones hemodinámicas.
- ✓ Extracción de muestras para cultivo por bronco aspiración.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Ausencia de secreciones a nivel bronquial.
- ✓ Hipoxemia refractaria.
- ✓ Hipertensión arterial sistémica severa.



- ✓ Arritmias cardiacas por hipoxia.
- ✓ Hipertensión intracraneal.
- ✓ Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño

RELATIVAS

- ✓ Administración reciente de surfactante pulmonar.
- ✓ Hemorragia pulmonar.
- ✓ Inestabilidad hemodinámica.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPOS BIOMEDICOS

- 01 Equipo de Aspirador de secreciones
- 02 Fluómetro de oxígeno
- 01 Estetoscopio

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 01 Coche de curaciones
- 01 Camilla de metal o cama hospitalaria

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

- 01 Mascarilla descartable
- 01 Gorro descartable
- 01 Mandil descartable
- 01 Par de guantes estériles.
- 01 Par de guantes de procedimiento.
- 06 Paquetes de gasas de procedimiento(10x10x5)
- 02 Jeringa de 20 ml
- 01 Sonda de Aspiración en circuito cerrado, según diámetro del tubo endotraqueal y paciente.
- 10ml. Jabón germicida liquido
- 60cm. Papel toalla
- 05cc. Alcohol gel

MEDICAMENTOS

- 1000cc. Solución salina 9/00

OTROS

- 01 Cuaderno A4 rayado
- 01 Formato de registro de SIS.
- 01 Hoja de registro de enfermería
- 01 Hoja de procedimientos.



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Evalúe la necesidad de aspiración, signos vitales, estado respiratorio y nivel de conciencia del paciente. Explique el procedimiento al paciente y al familiar y verifique la pulsera de identificación.	1. La valoración precisa riesgos y mayor compromiso respiratorio al paciente. La angustia en el paciente incrementa el consumo de oxígeno, una información adecuada reduce al mínimo la angustia y el temor del paciente.
2. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA	2. Previene las infecciones cruzadas.
3. Prepare los materiales e insumos y verifique el funcionamiento correcto del aspirador.	3. La presión de succión en 80-120mmHg.para niños y de 120 a 150 mmhg para adulto.
4. Preserve la intimidad del paciente y colóquelo en posición semi-fowler si no hay contraindicación.	4. La privacidad proporciona seguridad al paciente y la posición de semi fowler de 45°es la posición más eficaz para promover la expansión pulmonar y reducir la presión desde el abdomen hacia el diafragma.
5. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA (enfermera y colaboradora)	5. Previene las infecciones cruzadas.
6. Colóquese gorro, mascarilla, mandil y guantes estériles.	6. Medidas de asepsia y bioseguridad.
7. Introduce la sonda de aspiración en circuito cerrado deslizándola por el plástico protector en forma lenta, a través del tubo endotraqueal.	7. No exceder la longitud de sonda a ingresar, hacer coincidir la numeración de la sonda de aspiración en circuito cerrado con la numeración visualizada del tubo endotraqueal agregando el factor 5 del conector en Y.
8. Retire un centímetro de la sonda e inicie la succión, presionando la válvula de aspiración y retirando lentamente haciendo un movimiento giratorio de la sonda.	8. Proporciona la reserva de oxígeno q no contara durante la ejecución del procedimiento, evitando su descompensación.
9. Retire la sonda de aspiración del tubo endotraqueal; limpie, irrigándola con agua bidestilada a través de la válvula de ingreso de la solución. Gire la válvula de presión para dejarla con seguro de oclusión.	9. Los movimientos rotatorios evitan que el catéter tire de los tejidos provocando un traumatismo. 10. Diez segundos es el tiempo máximo para evitar Hipoxemia o Atelectasia.
10. Repite el procedimiento hasta observar ausencia de secreciones a través del tubo endotraqueal o que al auscultar el murmullo vesicular en ambos campos pulmonares se encuentre libre de secreciones y haya recuperado saturometría mayor a 95%.	11. La auscultación de campos pulmonares permite evaluar la eficacia del procedimiento.



11. Si las secreciones son densas instile solución salina a través de la válvula de ingreso de solución.	12. Permite fluidificar las secreciones densas y retirarlas con facilidad.
12. Descarte material utilizado, retírese los guantes, mandil, mascarilla, gorro y deje cómodo al paciente y verifique la fijación del tubo endotraqueal. Realice higiene de manos. Según norma.	13. El uso de material estéril previene complicaciones respiratorias.
13. Regrese lenta y progresivamente los parámetros del ventilador mecánico a sus parámetros iniciales.	14. Continúa con soporte ventilatorio ya programado..
14. Anote el procedimiento en los registros de Enfermería.	15. Permite realizar seguimiento del procedimiento realizado.

IX COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES
HIPOXIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremente el FIO2 según su requerimiento. 2. Utilice la válvula de inspiración manual del ventilador mecánico y sincronice con la respiración del paciente. 3. Inicie ventilación a presión positiva con la bolsa de reanimación. 4. Solicite asistencia del médico asistente.
NEUMOTÓRAX	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicite asistencia del médico asistente. 2. Prepare equipo y material para drenaje torácico.
REFLEJO VAGAL: ARRITMIA CARDIACA, BRADICARDIA, PARO CARDIO RESPIRATORIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suspenda el procedimiento. 2. Inicie RCP. 3. Solicite asistencia del médico asistente.



X BIBLIOGRAFIA

1. Patricia A. Potter AGP. Fundamentos de Enfermería. In Patricia A. Potter AGP. Fundamentos de Enfermería. España: El Sevier; 2013. p. 844.
2. Susana Rosales Barrera ERG. Fundamentos de Enfermería. In Susana Rosales Barrera ERG. Fundamentos de Enfermería. Mexico: El Manual Moderno; 2014. p. 401-404.
3. Sanguesa CM. Enfermera en Urgencia y UCIS. 2015. Enfermera en Urgencias, Técnica 5 Aspiración de Secreciones en pacientes entubados.
4. Funegra PJG. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. 2016.
WWW.enfermeriaespira.es/about/aspiracion-de-secreciones



XI ANEXO

ANEXO I

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ASPIRACION DE SECRECIONES CIRCUITO CERRADO POR TUBO ENDOTRAQUEAL				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
Nº	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Evalúa la necesidad de aspiración, signos vitales, estado respiratorio y nivel de conciencia del paciente. Explique el procedimiento al paciente y al familiar y verifique la pulsera de identificación			
2	Realiza higiene de manos. Según norma R.M. Nº 255-2016/MINSA			
3	Prepara los materiales e insumos y verifique el funcionamiento correcto del aspirador.			
4	Preserva la intimidad del paciente y coloca en posición semi-fowler si no hay contraindicación.			
5	Realiza higiene de manos. Según norma.			
6	Coloca lentes, mascarilla,, mandil y guantes estériles			
7	Introduce la sonda de aspiración en circuito cerrado deslizándola por el plástico protector en forma lenta, a través del tubo endotraqueal			
8	Retira un centímetro de la sonda e inicie la succión, presionando la válvula de aspiración y retirando lentamente haciendo un movimiento giratorio de la sonda..			
9	Retira la sonda de aspiración del tubo endotraqueal; limpie, irrigándola con agua bidestilada a través de la válvula de ingreso de la solución. Gire la válvula de presión para dejarla con seguro de oclusión,			
10	Repite el procedimiento hasta observar ausencia de secreciones a través del tubo endotraqueal o que al auscultar el murmullo vesicular en ambos campos pulmonares se encuentre libre de secreciones y haya recuperado saturometría mayor a 95%.			
11	Si las secreciones son densas instile solución salina a través de la válvula de ingreso de solución			
12	Descarta material utilizado, retírese los equipos de protección personal, deje cómodo al paciente y verifique la fijación del tubo endotraqueal. Realice higiene de manos. Según norma.			
13	Regresa lenta y progresivamente los parámetros del ventilador mecánico a sus parámetros iniciales.			
14	Anota el procedimiento en los registros de Enfermería.			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		



I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LAVADO GASTRICO A TRAVES DE SONDA NASOGASTRICA.

CODIGO : 35

CPT: 91105

II DEFINICIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se administra solución salina a través de la sonda nasogastrica al estómago con la finalidad de eliminar sustancias toxicas ingeridas por el paciente.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios en los cuidados de Enfermería que se brindan al paciente en lavado gástrico por sonda nasogastrica.
- ✓ Estandarizar el procedimiento con la incorporación de la guia practica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de enfermeria.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

No aplica

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes con obstrucción nasofaringea o esofágica. Sospecha o evidencia de Perforación Esofágica.
- ✓ Pacientes con Coagulopatía severa no controlada.
- ✓ Ingestión de ácidos, álcalis, órganos fosforados y derivados del petróleo.

RELATIVAS

No aplica

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Ingestion de cáusticos, hidrocarburos, sustancias poco toxicas en cantidad pequeña, alcoholes (mas de media hora de ingestión).
- ✓ Pacientes con bajo nivel de conciencia y /o riesgo de convulsiones, con la excepción de pacientes entubados.
- ✓ Pacientes con presencia de estenosis esofágicas.
- ✓ Vias respiratorias no protegidas en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

RELATIVAS

- ✓ Pacientes con disminucion del nivel de consciencia.
- ✓ Con traumatismo facial o com fractura de base de craneo.
- ✓ Ante pacientes no colaboradores debera plantearse la intubacion o sedacion.



VI REQUISITOS

Consentimiento informado:

No aplica

De acuerdo a la condición del paciente se informara al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar; beneficios, riesgos y posibles complicaciones.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPO BIOMEDICOS

- 01 Equipo de Aspiracion de secreciones.
- 01 Estetoscopio.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 01 Campo limpio de 120 x 120 cm.
- 01 Mesa de procedimiento (coche de curaciones).
- 01 Camilla de metal a cama hospitalaria.
- 01 Silla metálica.
- 01 Soporte de metal o parante.
- 01 Bandeja de acero inoxidable.

MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- 01 Sonda nasogastrica calibre según edad del paciente
- 01 Septojeringa o Jeringa de 60 cc.
- 02 Pares de guantes de examen.
- 01 Par de guantes quirúrgicos.
- 01 Paquete de gasa de 5 unid. 5x5.
- 01 Bolsa colectora de orina (2000 cc).
- 10ml. Jabon germicida liquida
- 60cm. Papel toalla
- 20cm. Esparadrapo antialérgico
- 5ml. Alcohol gel.

MEDICAMENTOS

- 01 Solucion salina 9/1000cc.

OTROS

- 01 Cuaderno A4 rayado
- 01 Ficha de atención o registro de enfermería
- 01 Formato de Registro de procedimiento.



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la Historia Clínica y verifique la orden médica.	1. Evita errores de transcripción.
2. Identifique al paciente y explique al usuario y/o familia el procedimiento a realizar.	2. Permite la colaboración del paciente y disminuye la ansiedad.
3. Lávese las manos según según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	3. Evita infecciones cruzadas.
4. Revise si el paciente tiene insertada la sonda	4. En caso que no tenga la SNG instalada debe realizar el procedimiento, según protocolo.
5. Prepare el equipo y llévelo al lado del paciente	5. El equipo completo ahorra tiempo y energía.
6. Proteja la intimidad del paciente (cortina, mampara, biombo).	6. La privacidad le proporciona seguridad al paciente.
7. Calcese los guantes de procedimientos para realizar aspiración de boca de ser necesario haciendo uso del aspirador de secreciones.	7. El uso de guante protege al paciente y al trabajador de la salud, al evitar el contacto directo con secreciones.
8. Retírese los guantes de procedimiento lavese las manos.	8. Evita infecciones cruzadas
9. Coloque al paciente en posición semi flower o fowler y lateralizarlo.	9. Esto permite que los líquidos bajen por gravedad.
10. Calcese los guantes quirúrgicos.	10. Medidas de Asepsia.
11. Asegúrese que la sonda esté permeable y en el estómago.	11. Permite realizar el procedimiento con éxito.
12. Ponga el extremo colgante de la sonda dentro de la riñonera y deje salir el contenido gástrico	12. Permite el drenaje del contenido gástrico, esto confirma la colocación correcta de la sonda y disminuye el riesgo de llenar en exceso el estómago.
13. Tome la jeringa y llénela con 50 ml. de la solución salina y colóquela en el extremo libre de la sonda.	13. Solucion indicada para el lavado gástrico.
14. Inicie la irrigación lentamente y repita hasta completar 250 ml. En pacientes pediátricos la cantidad de solución, será de acuerdo a orden médica	14. La aplicación lentamente y en poca cantidad evita la distensión de los tejidos y dolor.
15. Aspire suavemente con la jeringa si el líquido no regresa por gravedad. Descarte el líquido drenado.	15. Los líquidos fluyen de un área de mayor presión a otra menor presión y la velocidad con que lo hacen guarda relación directa con el gradiente de presiones.
16. Repite el procedimiento aumentando el volumen de irrigación.	16. Asegura el lavado de todos sus pliegues.
17. Repite el ciclo hasta que la solución salga clara máximo 10 veces. Aspire o extraiga el líquido suministrado y observe características, el volumen extraído debe ser igual al	17. Indica que el estómago se ha vaciado de toda sustancia nociva o que la hemorragia cesó Indica que el estómago se ha vaciado de toda sustancia nociva.



suministrado.	
18. Termine el procedimiento clampar la sonda, dejarla a gravedad, instalarla a la bolsa colectora de ser necesario o retirarla.	18. Puede continuarse el procedimiento en unas horas según convenga o terminar de drenar los residuos.
19. Descarte el material utilizado.	19.
20. Quitese los guantes y lávese las manos según norma.	20. Evita infecciones cruzadas.
21. Deje cómodo al paciente.	21. La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
22. Realice registros de enfermería.	22. Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

IX COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES
DISTENSION ABDOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la distensión abdominal. 2. Suspender el procedimiento. 3. Mantener al paciente en posición semifowler. 4. Conectar la sonda a una bolsa colectora. 5. Ejercer presión sobre el hipocondrio derecho 6. Avisar al médico tratante.

X BIBLIOGRAFIA

1. Docplayer.es/43805460_Lavado-gastrico-realizar-el-lavado-gastrico. [Online]; 2015 [cited 2015 octubre 19].
2. <https://www.clubensayos.com/ciencia/ciencia/Lavado-Gastrico/1969804.html>. [Online].
3. De La Fuente F, Rojas Marín, Villarroel Calderón V. MANUAL DE ENFERMERIA BASICA: Técnicas y Procedimientos Básicos de Enfermería y Primeros Auxilios. Primera ed. Técnica Cdf, editor.: Enac; 2015.



XI ANEXO

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN LAVADO GASTRICO A TRAVES DE SONDA NASOGASTRICA.			
FECHA:	HORA DE INICIO :	HORA DE TERMINO :	
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Revisa la Historia Clinica y verifica la orden médica.			
2. Identifica al paciente y Explica al usuario y/o familia el procedimiento a realizar. Realiza la higiene de mano. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3. Revisa si el paciente tiene insertada la sonda			
4. Prepara el equipo y lo lleva al lado del paciente			
5. Proteje la intimidad del paciente.			
6. Se calza los guantes de procedimientos para realizar aspiración de boca.			
7. Se retira los guantes de procedimiento, se lava las manos.			
8. Coloca al paciente en posición semi fowler o fowler y lateralizado.			
9. Se calza los guantes quirúrgicos y se asegura que la sonda este permeable en el estomago.			
10. Pone el extremo colgante de la sonda dentro de la rifonera y deja salir el contenido gástrico			
11. Toma la jeringa con 50 ml. de la solución salina y coloca en el extremo de la sonda.			
12. Inicia la irrigación. En pacientes pediátricos la cantidad de solución, será de acuerdo a orden médica			
13. Aspira suavemente con la jeringa si el líquido no regresa por gravedad. Descarta el líquido drenado.			
14. Repite el procedimiento aumentando el volumen de irrigación.			
15. Repite el ciclo hasta que la solución salga clara.			
16. Terminado el procedimiento clampa la sonda, la deja a gravedad o instala a la bolsa colectora de ser necesario o la retira.			
17. Descarta el material utilizado. Se quita los guantes y se lava las manos según norma.			
18. Deja cómodo al paciente.			
19. Realiza registros de enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA DEL EVALUADOR	FIRMA DEL EVALUADO		



I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO POR BOMBA DE INFUSION EN PACIENTE ADULTO.

CODIGO: 34

CPT: 9078402

II DEFINICIÓN

Este procedimiento consiste en el uso de un dispositivo (Bomba de infusión) cuyo principio es generar presión mecánica para suministrar el fluido a través de líneas o sets descartables hacia el sistema vascular del paciente, ayudando a administrar los fluidos con más precisión

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterio en los cuidados de Enfermería que se brindan en la administración de medicamentos por bomba de infusión.
- ✓ Fundamentar y aplicar los principios de bioseguridad durante la preparación y administración de medicamentos por bomba de infusión

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Gracias a la introducción de las bombas de infusión la problemática de administración de soluciones parenterales, transfusiones sanguíneas, infusión de soluciones parenterales y enterales disminuyo. La enfermera antes de la aparición de las bombas de infusión destinaba gran parte de su tiempo a la vigilancia del flujo de estos fluidos, tratando de obtener precisión en la infusión ,no logrando esa precisión debido a múltiples factores, entre los más comunes que podemos mencionar son: movimientos del paciente ,postura del brazo del paciente ,fijación inadecuada del catéter ,acodamientos del catéter ,entre otros., dando como resultado retraso y/o aceleración en su administración ,aplazando la recuperación o peor aun dando lugar a complicaciones y con ello prolongando el periodo de estancia hospitalaria del paciente.

III RESPONSABLE

Licenciada(o) en Enfermería.

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes en estado de enfermedad critica
- ✓ Pacientes que reciben tratamiento con citotocicos.
- ✓ Pacientes que reciben tratamiento con inotrópicos

RELATIVAS

- ✓ Administrar dosis tan pequeñas como inyecciones de 0.1ml por hora.
- ✓ Administrar fluidos cuyos volúmenes varían con el tiempo a lo largo del día.

V CONTRAINDICACIONES

Ninguna



VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica.

VII RECURSOS MATERIALES

EQUIPOS BIOMEDICOS

01 Bomba de infusión.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Camilla de metal o cama hospitalaria.
01 Línea de bomba de infusión
01 Porta sueros (soporte de metal).
01 Ríñonera de acero inoxidable o bandeja.
01 Coche de administración de medicamentos

MATERIAL FUNGIBLE

02 Pares de guantes de examen.
06 Torundas de algodón.
02 Jeringas de 20cc
02 Jeringas de 10 cc
01 Set de infusión con cassett.
10cc. Frasco de alcohol gel
05ml. Jabón germicida
60cm. Papel toalla
30cc. Alcohol

MEDICAMENTOS

100cc. Solución salina 9% 1000

OTROS

01 Cuaderno A4 rayado.
01 Hoja de registro de enfermería.
01 Hoja de registro de SIS.



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, Kardex y nombre del paciente	1. Evita errores de transcripción.
2. Higienice las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
3. Prepare el medicamento indicado teniendo en cuenta los 11 correctos e instale en la bomba de infusión con cassette. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicie el uso de la bomba de infusión. ✓ Cierre la pinza superior del equipo de administración Presione el regulador del flujo para cerrarlo. ✓ Deje al descubierto la toma de caucho de la solución intravenosa, luego inserte el perforador con un movimiento de torsión. ✓ La cámara de goteo hasta la mitad o hasta la marca de graduación. ✓ Abra la pinza superior para permeabilizar el equipo de administración ✓ Invierta el cassette de manera que el puerto de entrada secundario quede boca abajo. Haga girar el regulador de flujo hasta que caiga una gota de líquido en la cámara de bombeo. ✓ Coloque el casset boca arriba, luego permeabilice el resto del equipo de administración. ✓ Presione el regulador de flujo para cerrarlo. Certifique que no fluya ningún líquido. 	3. Ahorra tiempo y energía. Asegura la correcta utilización según el modelo de la bomba de infusión
4. Cálcese guantes estériles	4. Evita diseminación de infecciones nosocomiales y constituye una barrera de protección
5. Conecte el equipo preparado a la vía de infusión.	5. Inicio de tratamiento.
6. Higienice las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA.	6. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación
7. Registre en notas y Kardex de Enfermería.	7. Documenta. el procedimiento de enfermería, permite la próxima intervención

IX COMPLICACIONES

No aplica



X BIBLIOGRAFIA

1. Nelly Olinda Roman Paredes WFM. Fundamentos de enfermeria basica I y II. In. Huancavelica: FAS Impresiones Studio Grafico - Imprenta; 2013. p. 167 y 174.
2. Silvia I. Tejada JS. Protocolos de atencion para enfermeria Santo Domingo, D.N: Coordinacion editorial: Viceministro de Garantia de calidad; 2016
3. http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_4



XI ANEXOS

ANEXO 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO POR BOMBA DE INFUSION			
FECHA:		HORA DE INICIO :	HORA DE TERMINO :
ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Revisa la historia clínica, Kardex y nombre del paciente			
2. Higieniza las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA			
3. Prepara el medicamento indicado teniendo en cuenta los 11 correctos. (Anexo 2) e instale en la bomba de infusión. a. Inicia el uso de la bomba de infusión. b. Cierra la pinza superior del equipo de administración c. Presiona el regulador del flujo para cerrarlo. d. Deja al descubierto la toma de caucho de la solución intravenosa, luego inserte el perforador con un movimiento de torsión. e. Llena la cámara de goteo hasta la mitad o hasta la marca de graduación. f. Abre la pinza superior para permeabilizar el equipo de administración Invierte el cassett de manera que el puerto de entrada secundario quede boca abajo. Haga girar el regulador de flujo hasta que caiga una gota de líquido en la cámara de bombeo. g. Coloca el casette boca arriba, luego permeabilice el resto del equipo de administración. h. Presiona el regulador de flujo para cerrarlo. i. Certifica que no fluya ningún líquido.			
4. Se calza guantes estériles			



5. Conecta el equipo preparado a la vía de infusión.			
6. Higieniza las manos según norma R.M. N°255-2016/ MINSA			
7. Registra en notas y Kardex de Enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS			
>80% Aprobado			
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR	



ANEXO 2

APLICACIÓN DE LOS 11 CORRECTOS

1	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo. - Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento. - Comprobar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento. - Si existe alguna duda, no administrar y consultar. - Se desechara cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.
2	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la identificación del paciente.
3	ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.
4	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VIA CORRECTA 	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar que la vía de administración es la correcta. - Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar
5	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, cambios de color, etc. - Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.
6	REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> - Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede
7	INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO 	



8	COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO	
9	INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	
10	ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO	
11	DEBEMOS TENER EN CUENTA	<ul style="list-style-type: none"> - Yo Preparo - Yo Administro - Yo Registro - Yo Respondo



I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE CATETER PERIFERICO A PACIENTE PEDIATRICO

CODIGO: 36

CPT: 20555.01

II DEFINICION

Es un procedimiento invasivo que consiste en insertar a través de la piel un catéter corto dentro de una vena periférica, para la administración de medicamentos con osmolaridad y Ph dentro de los límites fisiológicos y de corta duración, directamente al torrente sanguíneo.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios en la inserción de catéter periférico en el cuidado de enfermería
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería, minimizando posibles complicaciones.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las infecciones relacionadas con los catéteres vasculares son un problema de especial relevancia por su frecuencia ,por su morbilidad y por ser procesos clínicos potencialmente evitables .En la actualidad la mayoría de pacientes hospitalizados y un número considerable de enfermos en régimen ambulatorio son portadores de este tipo de dispositivos .El conocimiento sobre la epidemiología de estas infecciones sobre la metodología más apropiada para su diagnostico y sobre las estrategias terapéuticas y ,sobre todo preventivas ha experimentado un notable crecimiento .Las estrategias multimodales ,que incluyen actividades educativas dirigidas al personal y un paquete de medidas sencillas para su aplicación de manera conjunta ,aplicadas a pacientes de alto riesgo han demostrado una gran eficacia para su prevención de complicaciones.

III RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Administración de infusión de soluciones cristaloides, coloides y derivados sanguíneos
- ✓ Administración de fármacos intravenosos.
- ✓ Administración de nutrición parenteral.

RELATIVAS

- ✓ Mantenimiento de una vía salinizada

V CONTRAINDICACIONES

- ✓ Lesiones cutáneas en zonas de la punción ,medicamentos de alta osmolaridad e irritantes(retos de Potasio)
- ✓ No colocar en venas con antecedentes de flebitis.



- ✓ No colocar en miembros inferiores por tiempo prolongado.
- ✓ No colocar en miembro afectado cuando se le ha realizado extirpación ganglionar o mastectomía.
- ✓ No colocar en el miembro con fistula arteriovenosa.
- ✓ Evitar en lo posible una extremidad afectada por Accidente cerebro vascular (ACV).

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: no aplica.

Se informara al familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar, beneficios, riesgos, posibles complicaciones.

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 01 Mesa de mayo
- 01 Riñonera de acero quirúrgico
- 01 Camilla de metal o diván
- 01 Banco
- 01 Soporte de metal
30 cm Ligadura

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

- 02 Jeringa con aguja de 10cc
- 01 Extensión dis o llave de triple vía
- 02 Catéter periférico N°20 o 24 (primer intento y segundo intento)
- 01 Par de guantes estéril.
- 06 Torundas de algodón
- 01 Apósito transparente o tegaderm de 6 x 7.
- 5cc. Alcohol gel.
- 10cc. Jabón germicida liquido
- 60cm. Papel toalla
- 30cc. Alcohol
- 12cm. Esparadrapo

MEDICAMENTOS

- 100cc. Solución salina al 9/00

OTROS

- 01 Cuaderno A4 rayado (libro de acta)
- 01 Hoja de registro de enfermería
- 01 Formato de registro de procedimiento



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA	2. Evita la diseminación de gérmenes e infecciones cruzadas.
3. Prepare los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
4. Revise el brazalete de identificación y Explique al familiar sobre el procedimiento.	4. Para brindarle seguridad, confianza y obtener su colaboración.
5. Coloque al paciente en posición cómoda. con ayuda.	5. Una posición corporal adecuada facilita el procedimiento.
6. Observe y elija el punto de inserción(vena)	6. Permite ubicar una vena
7. Ligar 10cm por encima de la vena elegida y realice el calzado de guantes.	7. Para producir ingurgitaciones la vena elegida. Medida de asepsia.
8. Aseptice y limpie la zona de inserción con torundas alcoholada ,continuando con movimientos circulares, del centro hacia la periferia sin retroceder ,durante 30 segundos ,enseguida se espera que el antiséptico actúe por 15 segundos o hasta que esté completamente seco	8. Eliminación de microorganismos.
9. Tense la piel hacia abajo con el pulgar de la mano opuesta Coja el catéter y el mandril con los dedos pulgar e índice para evitar el desplazamiento de este ,luego insertar en forma suave pero firme ,directamente sobre la vena ,en sentido del flujo sanguíneo en un ángulo de 15 a 20 grados	9. Para estabilizar la vena y reducir el dolor Permite facilidad en la penetración del catéter y evita la contaminación del equipo
10. Introduce el catéter hasta observar reflujo de sangre en la cámara ,retirar el mandril levemente e introducir totalmente el catéter en la vena	10. La presencia de sangre nos garantiza que el catéter esta en vena.
11. Libere la ligadura presionando por encima del punto de inserción. Retire el mandril y al mismo tiempo presione el punto de inserción	11. Permite recuperar el riego sanguíneo La presión evita la pérdida de sangre
12. Adapte la coneccion de la extensión y/o llave de triple vía en circuito cerrado previamente purgando, al catéter Compruebe la permeabilidad de la inserción del catéter venoso	12. Permite mantener la permeabilidad de la vía periférica



13. Examine la piel que rodea al lugar de la punción en busca de signos de infiltración	13. Permite identificar si la punción del catéter fue correcta, para evitar extravasación visualizar.
14. Fije el catéter con apósito transparente dejando visible el punto de inserción Termine de fijar	14. Permite asegurar la vía.
15. Deseche el material punzo cortante en el contenedor de bioseguridad Retírese los guantes y realice higiene de manos	15. Para evitar accidentes punzo cortante medida de bioseguridad.
16. Rotule la fecha de colocación y el responsable Deje cómodo al paciente.	16. Permite determinar la fecha de recambio y la responsabilidad del operador.
17. Registre en notas y Kardex de Enfermería.	17. Documenta el procedimiento de enfermería, permite la próxima intervención.

IX COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES
EXTRAVACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la presencia de infiltración en el lugar de infusión. 2. Suspender la infusión 3. Retire el catéter con cuidado 4. Aplique compresa caliente
FLEBITIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore el grado de flebitis. 2. Retire el catéter con cuidado. 3. Aplique compresa caliente. 4. Monitoree temperatura corporal. 5. Registre en la evolución de enfermería. 6. Administre tratamiento indicado.
EQUIMOSIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retire el catéter. 2. Aplique compresión en zona de venopunción. 3. Coloque compresas frías 4. Registre en notas de enfermería.

X BIBLIOGRAFÍA

1. Nelly Olinda Roman Paredes WFM. Fundamentos de enfermería básica I y II. In. Huancavelica: FAS Impresiones Studio Grafico - Imprenta; 2013. p. 167 y 174.
2. Silvia I. Tejada JS. Protocolos de atención para enfermería Santo Domingo, D.N: Coordinación editorial: Viceministro de Garantía de calidad; 2016.
3. Karina Etelvina, Pinto Portilla (Julio 2015) "Factores relacionados con la incidencia de flebitis por catéter venoso .Centro Médico Cemesa San Pedro Sula –Honduras Mayo .Julio 2015". Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua Centro de Investigaciones y estudios de la salud.



XI ANEXO

Anexo N° 01

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE CATETER PERIFERICO A PACIENTE PEDIATRICO.				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	Revisa la historia clínica, nombre del paciente y Diagnostico			
2.	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA			
3.	Prepara los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente			
4.	Revisa el brazalete de identificación y Explica al familiar sobre el procedimiento			
5.	Coloca al paciente en posición cómoda. con ayuda.			
6.	Observa y elije el punto de inserción(vena)			
7.	Liga a 10cm por encima de la vena elegida y realiza el calzado de guantes.			
8.	Aseptiza y limpia la zona de inserción con torundas alcoholada ,continuando con movimientos circulares, del centro hacia la periferia sin retroceder ,durante 30 segundos ,enseguida se espera que el antiséptico actúe por 15 segundos o hasta que esté completamente seco			
9.	Tensa la piel hacia abajo con el pulgar de la mano opuesta Coge el catéter y el mandril con los dedos pulgar e índice para evitar el desplazamiento de este ,luego inserta en forma suave pero firme ,directamente sobre la vena ,en sentido del flujo sanguíneo en un ángulo de 15 a 20 grados			
10	Introduce el catéter hasta observar reflujo de sangre en la cámara, retira el mandril levemente e introduce totalmente el catéter en la vena			
11	Libera la ligadura presionando por encima del punto de inserción. Retira el mandril y al mismo tiempo presiona el punto de inserción.			
12	Adapta la coneccion de la extensión y/o llave de triple vía en circuito cerrado previamente purgando, al catéter Comprueba la permeabilidad de la inserción del catéter			



	venoso			
13	Examina la piel que rodea al lugar de la puncionen busca de signos de infiltración			
14	Fija el catéter con apósito transparente dejando visible el, Termina de fijar punto de inserción.			
15	Desecha el material punzo cortante en el contenedor de bioseguridad Se retira los guantes y realiza higiene de manos			
16	Rotula la fecha de colocación y el responsable Deja cómodo al paciente			
17	Registra en notas y Kardex de Enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS.				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		

