

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

MANUAL DE TRASLADO ASISTENCIAL

VERSION 2

SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

2016

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

CONTENIDO

INTRODUCCION

RECURSOS NECESARIOS

ASPECTOS LEGALES

- TIPOS DE TRANSPORTE SANITARIO
- TRANSPORTE SECUNDARIO (INTERHOSPITALARIO) DE PACIENTES
- AMBULANCIA ASISTENCIAL
- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TRASLADO DE ENFERMOS A CENTROS DE REFERENCIA.
- INSTRUCTIVO DE TRASLADO DE PACIENTES SIN ACOMPAÑANTE
- PROTOCOLO MANEJO Y TRASLADO DE NEONATOS
- SOMATOMETRIA
- INSTALACION DE MONITOR
- MANEJO DE BOMBA DE INFUSION
- OXIGENOTERAPIA
- NEBULIZACIONES
- TOMA DE MUESTRAS: GLUCOMETRIA
- TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA
- CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
- DESFIBRILACION EXTERNA AUTOMATICA
- ASPIRACION DE SECRECIONES
- PROCEDIMIENTO CANALIZACION DE VENA
- COLOCACION MANIPULACION Y RETIRO DE GUANTES ESTERILES
- CARDIOVERSION
- COLOCACION DE SONDA VESICAL

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- INTUBACION ENDOTRAQUEAL
- COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA
- PROTOCOLO LAVADO DE MANOS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
- REALIZACIÓN DE CRICOTIROIDOTOMÍA DE URGENCIAS
- 10 PRIMERAS CAUSAS DE REMISION DEL AÑO 2015
- LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULANCIAS
- INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CIRCUITOS DE VENTILADORES MECANICOS, ACCESORIOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO.
- PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE INCUBADORAS DE TRANSPORTE.

BIBLIOGRAFIA

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

INTRODUCCIÓN

El transporte de enfermos entre hospitales constituye una necesidad de primer orden en el Sistema Sanitario, que conlleva unos costes humanos y material de considerable magnitud. Su principal objetivo reside en proporcionar a los enfermos que acuden a cada centro hospitalario, aquellos medios diagnósticos y de tratamiento más adecuados a su problema médico, independientemente de que éstos estén o no, disponibles en dicho hospital. El gran esfuerzo que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigen una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias y de la elección del medio de transporte.

El desarrollo tecnológico permite contar con recursos cada vez más avanzados para el cuidado del paciente en estado crítico. A diferencia de épocas anteriores, la ambulancia moderna debe ser un vehículo dotado con los elementos necesarios para proveer de manera eficiente la asistencia prehospitalaria que el paciente requiere para mantener su estado de salud hasta el acceso a un centro asistencial.

La finalidad de este protocolo es definir las necesidades de transporte secundario de la red hospitalaria de nuestra Comunidad Autónoma y estandarizar los criterios de traslado, así como todas las actuaciones médicas y administrativas relacionadas con los mismos. Igualmente, establecer la secuencia de acciones a realizar en la ambulancia para el manejo Prehospitalaria del estado de salud del paciente, hasta ser llevado al servicio de salud más cercano (transporte primario). Este procedimiento aplica para todas las personas que trabajan en las ambulancias.

Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

Transporte primario: es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención prehospitalaria.

Transporte secundario: es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención prehospitalaria.

Ambulancia básica: unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria y conductor.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Ambulancia medicalizada: unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, Profesional en enfermería o tecnólogo en atención prehospitalaria y conductor.

Ambulancia de traslado neonatal: tiene lo mismo que la ambulancia medicalizada adicionando la cámara de Hood neonatal o incubadora portátil.

Las ambulancias en cualquiera de sus niveles de complejidad de atención son consideradas vehículos de emergencia y se rigen por el Código Nacional de Tránsito y los artículos que los protegen, les brindan prioridad y cuidado especial por parte de la ciudadanía.

En el transporte primario los equipos de trabajo tanto básicos como medicalizados deben cumplir las mismas secuencias, éstas incluyen:

- Evaluación de la escena (seguridad y situación).
- Uso de dispositivos de bioseguridad (guantes, mascarilla y lentes protectores).
- Valoración inicial del paciente (secuencia ABCDE).
- Embalaje (protección de hipotermia e inmovilización para el transporte).
- Transporte.
En situaciones de emergencia o desastre la prioridad de traslado debe asignarse de acuerdo con lo estipulado en el sistema de clasificación triage.

Transporte secundario se realiza la misma secuencia en la entrega del paciente, con la diferencia de la atención medica:

- Indicación de la necesidad de traslado (carta de remisión)
- Inicio de proceso de comentar al paciente otra institución que tenga lo requerido por el médico tratante.
- Solicitud de ambulancia según complejidad del paciente
- Aviso a la tripulación, aviso a la familia, recibo y entrega del paciente.
- Alistamiento de la ambulancia para condiciones óptimas de traslado
- Traslado del paciente, uso de equipos médicos y dispositivos si así se requiere.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

RECURSOS NECESARIOS

De acuerdo a la reglamentación definida por la resolución 1441 de 2013, Misión medica resolución 4481 de 2012, las ambulancias se encuentran dotadas de acuerdo al transporte a realizar: Transporte asistencial básico (TAB) – Transporte Asistencial Medicalizado (TAM).

ASPECTOS LEGALES

En el caso específico del transporte de pacientes, se deben tener presente algunos aspectos de la legislación que regulan este procedimiento:

- Ley 599/2000: si durante un traslado se presenta un accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de comunicaciones para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que lleva inicialmente.
- Artículo 131 de la LEY 599/2000: OMISIÓN DE SOCORRO. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión.
- Ley 7/79 y Resolución 1995/99: la elaboración de una correcta historia clínica está protegida y regulada por la ley 23/81 al igual que la ausencia del consentimiento informado al paciente, el cual deberá ir firmado por el paciente o los testigos.
- Ley 10/90 Art. 2: Todas las instituciones o entidades de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios están obligadas a la atención inicial de urgencias.
- Artículo 168 de la Ley 100/1993: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa, el costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de riesgos catastróficos o accidentes de tránsito y por la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente en cualquier otro evento.
- Decreto 2423/96; Art. 7 Decreto 2174 /96: hace referencia a la responsabilidad de las EPS y las IPS en la ubicación y la remisión de los pacientes.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Decreto 2759 de 1991; Art. 5: las entidades públicas o privadas del sector salud que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios a la institución del grado de complejidad requerida que se responsabilice de su atención.
- Decreto 2759 de 1991 Art. 6: la institución referente es responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.
- Resolución 9279 de 1993: adopta el manual de normalización del componente traslado para la red nacional de urgencias.
- Decreto 2309 de 2002: define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 2003 de 2014 adopta los manuales de estándares y de procedimientos para el sistema único de habilitación, incluyendo los requisitos vigentes para las ambulancias.

TIPOS DE TRANSPORTE SANITARIO

Según el tipo de enfermo

Crítico

Enfermos con riesgo actual o potencial para la vida de forma inmediata o prolongada, por compromiso de las funciones vitales (respiratoria, cardiológica y neurológica).

Grave no crítico

Enfermos con proceso patológico que no entraña riesgo vital, pero que produce disfunción orgánica importante con peligro de secuelas.

No grave

Enfermos con proceso patológico que no entraña riesgo vital ni produce insuficiencia orgánica relevante.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Según la urgencia vital para el enfermo

De emergencia

Se ponen en marcha en el mismo momento en que se detecta el problema médico, y lo deben realizar con prioridad absoluta y sin demora, dado el riesgo vital que supone para el enfermo un retraso en el diagnóstico o tratamiento.

Urgentes

Los que se realizan por aquellas patologías que entrañan riesgo vital o de disfunción orgánica grave para el enfermo, pero su tratamiento es asumible inicialmente en el centro emisor, por lo que el traslado puede demorarse unas horas.

Se ponen en marcha tras el establecimiento de la indicación diagnóstica o terapéutica sobre la patología que motiva el traslado, o tras concertar una cama en el centro al que se remite, una vez estabilizadas las funciones vitales del enfermo.

Demorables

Traslados que no precisan una activación inmediata de los sistemas de transporte. En esta circunstancia se encuentran las siguientes situaciones de traslado:

Enfermos en situación clínica estable, que se trasladan a otros centros para proseguir un tratamiento o para realizarse una prueba diagnóstica programada.

Enfermos en cualquier situación clínica que no precisan estudio o tratamiento especializado en el centro emisor, y que se trasladan a otros centros, o a sus hospitales de referencia para continuar tratamiento.

Enfermos en cualquier situación clínica que se trasladan a otros centros por razones sociales y familiares (procedencia geográfica)

TRANSPORTE SECUNDARIO (INTERHOSPITALARIO) DE PACIENTES

Introducción

El transporte de enfermos entre hospitales constituye una necesidad de primer orden en el Sistema Sanitario, que conlleva unos costes humanos y material de considerable magnitud. Su principal objetivo reside en proporcionar a los enfermos que acuden a cada centro hospitalario, aquellos medios diagnósticos y de tratamiento más adecuados a su

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

problema médico, independientemente de que éstos estén o no, disponibles en dicho hospital.

El gran esfuerzo que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigen una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias y de la elección del medio de transporte.

La finalidad de este protocolo es definir las necesidades de transporte secundario de la red hospitalaria nuestra y estandarizar los criterios de traslado, así como todas las actuaciones médicas y administrativas relacionadas con los mismos

TRANSPORTE SECUNDARIO

Es el que se realiza desde un centro sanitario a otro. Según el destino del enfermo, pueden distinguirse:

Traslados al hospital de referencia para diagnóstico o tratamiento de patologías por especialidades de las que carece habitual o circunstancialmente el centro emisor.

- Traslados a hospitales concertados u otros centros del mismo hospital para continuar tratamiento
- Traslados a hospitales que remitieron al enfermo al centro emisor para estudio o tratamiento, una vez finalizados los mismos.
- Traslados a hospitales del área geográfica de procedencia del enfermo o sus familiares.

ORGANIZACIÓN GENERAL, ACTUACIÓN CON EL ENFERMO Y PROCEDIMIENTO DEL TRASLADO

Desde el momento de la indicación hasta el regreso, el transporte sanitario secundario, puede dividirse en una serie de fases teóricamente sucesivas, pero en muchas ocasiones sola o simultáneas.

Indicación del traslado

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Las indicaciones de traslado es uno de los puntos cruciales en el desarrollo del transporte.

Asimismo, las indicaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, son motivo de controversia en el manejo de cualquier tipo de enfermo y por tanto, aún más cuando se implican el riesgo y los inconvenientes de un transporte sanitario. Como norma general, es conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Criterio general

Las indicaciones del traslado para cada tipo de patología deben estar claramente especificadas en cada centro hospitalario, y siguiendo las indicaciones específicas de cada institución, habitualmente receptores. En su elaboración deben participar:

- “ Los especialistas del área correspondiente a cada patología en los centros emisor y receptor.
- “ Los médicos encargados del transporte sanitario en el hospital emisor.

- Responsabilidad del traslado

La decisión concreta de traslado la debe tomar el médico responsable de la asistencia al enfermo.

Dependiendo del servicio al cual esté adscrito el enfermo, el responsable podrá ser un médico especialista, o un médico de urgencias, que podrá estar auxiliado por el primero, en casos concretos de difícil estimación. La responsabilidad de la indicación incluye:

- “ Evaluación inicial del enfermo.
- “ Estabilización en el área más apropiada (Área de reanimación, Observación,).
- “ Aceptación del enfermo, familiares y/o persona responsable.
- “ Contacto previo o simultáneo con el centro receptor.
- “ Elección del medio de transporte.
- “ Activación del transporte.
- “ Informe clínico y de propuesta de traslado (carta de remisión: evolución, exámenes diagnósticos, etc).
- “ Información al personal sanitario encargado del transporte

- Resolución de conflictos

En caso de dudas o conflictos sobre la indicación del traslado o el medio de transporte a utilizar, ésta será resuelta en orden jerárquico por el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, siempre teniendo en cuenta los protocolos específicos para cada patología.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Estabilización

Acciones con el enfermo Es la fase previa al propio traslado, y es de gran importancia para la seguridad del enfermo durante el transporte y para su pronóstico posterior. Su realización corresponde al médico responsable del enfermo. En los enfermos del Área de Urgencias suele realizarse de manera simultánea con la fase de indicación.

- Evaluación del enfermo
- Resucitación inicial
- Orientación diagnóstica Se deberá priorizar las necesidades de completar el balance lesional y las pruebas complementarias en función de la demanda terapéutica del enfermo.
- Actuación terapéutica inicial

En función del diagnóstico sindrómico o etiológico realizado hasta el momento. El lugar donde se deben desarrollar estas medidas debe ser aquel que mejor garantice la estabilidad del enfermo, y puede incluir la sala de reanimación, observación de urgencias, quirófano si es preciso. Es importante no olvidar que la presencia de una indicación de traslado no tiene porqué ser una prioridad absoluta, sino que se debe ponderar en función de las necesidades terapéuticas del enfermo. Se garantizará al máximo la estabilidad previa del enfermo antes de su transferencia. Se considera estabilizado aquel en que todos los procedimientos de soporte vital se han puesto en marcha antes de iniciar la transferencia, minimizando los riesgos de deterioro de funciones respiratoria, hemodinámica y neurológica.

Procedimiento:

Los traslados se ajustarán a las normas del Protocolo consensuado y aprobado en el centro, donde deberá existir, protocolizada, una cascada de alerta para la puesta en marcha de los traslados. La elección del medio de traslado será realizada inicialmente por el médico responsable de la asistencia del enfermo, respetando los protocolos específicos.

- Contacto con el Centro receptor.
- Elección y Activación del medio de transporte.
- Previsión de necesidades Considerar las necesidades de monitorización e intervención durante el traslado, anticipando aquellas medidas terapéuticas (intubación, sedación, drenajes, sondas,

Traslado de enfermos críticos Protocolos de Transporte Secundario y Primario que puedan necesitarse y comprometer al enfermo durante el traslado.

Documentación a aportar Informe clínico y de propuesta de traslado, incluyendo todas las pruebas complementarias necesarias.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Transferencia del enfermo Es la fase del transporte propiamente dicho y en ella se ha de garantizar la estabilidad del enfermo, intentando evitar complicaciones. No es el momento de realizar nuevas maniobras diagnósticas, y las necesidades terapéuticas deben reducirse al mínimo posible, con una correcta estabilización previa.
- Recepción del enfermo Tiene lugar en el Centro de destino, y si se trata de un transporte medicalizado habrá de cumplir los siguientes requisitos: " Mantener la estabilidad del enfermo. " Transferencia de información clínica al médico receptor acerca de los diagnósticos principales y secundarios del enfermo así como de los problemas presentados y las maniobras terapéuticas realizadas durante la fase de estabilización y transferencia. " Responsabilizar al médico receptor del enfermo, obteniendo la correspondiente firma de la entrega del mismo.
- Finalización del traslado Cuando se trate de ambulancias asistenciales, una vez entregado el enfermo en el centro de destino, se realizará un listado completo del material utilizado de farmacia y fungible y comprobación de niveles de gases medicinales y baterías, mientras se regresa al Hospital de origen. Llegado a éste, se procederá a finalizar las tareas de mantenimiento y revisión rutinarias del vehículo, reposición de material, niveles de gases y baterías de los equipos de electromedicina así como a la limpieza interior del vehículo, aso recurrente. Se articularán los mecanismos necesarios de control y mantenimiento del vehículo y de su material con hojas protocolizadas de revisión específicamente diseñadas al efecto, para mantener en perfecto estado y disponibilidad los equipos.

AMBULANCIA ASISTENCIAL MEDICALIZADA

Dotada por personal profesional Médico y Enfermera y/o Profesional en atención Pre-Hospitalaria o Auxiliar de Enfermería con entrenamiento. Está indicada en enfermos en situación inestable o que presentan riesgo vital grave potencial o actual durante su traslado.

Salvo criterio específico para patologías concretas, este riesgo vital puede definirse si el enfermo presenta una o más de las siguientes circunstancias clínicas:

Alteración del nivel de conciencia:

- Escala de Glasgow < 14 puntos.
- Agitación psicomotriz o necesidad de sedación intensa.
- Crisis epilépticas repetidas (dos o más).

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Deterioro neurológico inminente o progresivo:

- Progresión de déficit previamente instaurado.
- Efecto masa, hidrocefalia aguda, hipertensión endocraneal, compresión medular.

Insuficiencia respiratoria grave:

- Necesidad de FiO₂ > 0,5 para mantener Saturación O₂ > 90%.
- Necesidad de vía aérea artificial.
- Ventilación mecánica invasiva o no invasiva.

Insuficiencia cardiaca:

- Fallo ventricular izquierdo Grado III – IV de la NYHA.

Inestabilidad hemodinámica:

- Perfusión continua de catecolaminas o fluidos para mantener perfusión periférica.
- Perfusión continua de hipotensores.
- Lesiones susceptibles de generar inestabilidad, como son lesiones sangrantes, lesión de víscera maciza (hígado, bazo) o lesiones de vasos no compresibles.

Arritmias potencialmente letales:

- Bloqueo AV avanzado.
- TV sostenida.
- TSV con afectación hemodinámica.
- MP transitorio.

Riesgo de muerte súbita:

- Cardiopatía isquémica aguda.
- TEP.
- Valvulopatías críticas.
- Disección aórtica aguda.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TRASLADO DE ENFERMOS A CENTROS DE REFERENCIA

Tras sentar la indicación del traslado al centro de referencia, debemos considerar siempre los siguientes puntos:

“ El Hospital de referencia tiene la obligación de atender a los enfermos que proceden de su área de cobertura en aquellas especialidades de las que se carezca en el Centro emisor, sin ningún tipo de salvaguarda.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

“ En casos de indicación de traslado urgente con necesidad de concertación de cama y sin posibilidades de admisión en el centro de referencia habitual, es obligación del médico responsable dirigirse a aquel otro Centro que pueda hacerse cargo de la atención del enfermo.

“ Siempre que se traslade a un enfermo, deberá acompañarse de un informe clínico apropiado y de toda la información requerida con todos los soportes del cuidado prestado por la entidad que lleva el paciente.

“ Nunca se deben olvidar las repercusiones socioeconómicas y familiares que conlleva un traslado para todo enfermo y sus allegados

INSTRUCTIVO DE TRASLADO PACIENTES SIN ACOMPAÑANTE

La relación médico paciente, en el orden jurídico, es un contrato de prestación de servicios profesionales, es decir un acto que implica un acuerdo de voluntades que, en el caso que nos ocupa, puede ser expreso, tácito o por disposición de la ley.

Está integrado, por una parte por los prestadores del servicio asistencial y por la otra por el paciente, tiene como fin que la primera de ellas cumplimente los procedimientos necesarios y suficientes tendientes al restablecimiento del estado de salud de la otra.

Es así, que los elementos que dan existencia del acto jurídico son dos, el consentimiento y el objeto:

El paciente es libre de aceptar o rechazar, de manera personal o a través de sus representantes, las prácticas propuestas por el profesional médico, luego de haber sido informado y habiendo comprendido los riesgos y los beneficios que ellas pueden ocasionar.

El consentimiento informado se sustenta en el principio de autonomía de la voluntad; requiere que se preste con discernimiento, es decir con capacidad para decidir, con intención, contar con la explicación suficiente producida en términos comprensibles y en ejercicio de plena libertad, lo cual permitirá tomar una decisión voluntaria y razonada.

La capacidad implica tener competencia para poder ejercer por sí los derechos y cumplir con las obligaciones.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

En ese sentido, el paciente, como parte integrante de la relación jurídica, debe contar con la edad legal que lo habilita para el acto, 18 años, y encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales, de no ser así se sustancia a través de sus representantes legales.

Cuando las circunstancias del caso impiden que el paciente preste su conformidad, e imponen que la demora en la asistencia puede conllevar a un riesgo de muerte o de lesión irreversible, el médico subroga el consentimiento del paciente, amparándose en el estado de necesidad, llevando a cabo el procedimiento indicado en el particular, acorde su criterio profesional, dejando constancia de ello en la historia clínica.

De ser posible, dicho criterio debe ser avalado por otro médico y en presencia de testigos.

El consentimiento informado se instrumenta en un formulario confeccionado al efecto, en un medio durable, permanente e inmodificable, debe ser redactado con lenguaje claro y sencillo, evitando incurrir en tecnicismos médicos incomprensibles para el paciente, escrito con letra clara y en idioma oficial, sin abreviaturas, enmiendas o tachaduras.

En dicho documento debe constar información relevante sobre el estado de salud y tratamiento del paciente, el diagnóstico, los procedimientos terapéuticos, los beneficios, los riesgos, las alternativas posibles y los motivos que determinan al médico a escoger el propuesto.

Debe expresar la decisión del paciente o su representante, aceptando o rechazando el tratamiento propuesto.

Debe ser suscrito por el paciente o su representante, en el caso de corresponder; firmado y sellado por el profesional responsable. Siempre en presencia de testigos calificados.

Ocasionalmente, y sólo en circunstancias que así lo impongan, se puede manifestar de forma verbal, pero lo recomendable y usual es hacerlo por escrito.

PACIENTE A TRASLADAR SIN FAMILIAR

Todas las instituciones requieren de un familiar o responsable de los pacientes que atiende, no es nada diferente este hecho en la realización de un traslado, ya que el paciente ira a otra institución en otra ciudad y de acuerdo a la normatividad esto es inamovible.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Hay circunstancias donde el paciente ingresa a la institución sin familiares ni acompañantes, luego que el paciente sea atendido es la institución la encargada de ubicar un acompañante para el, en caso que el paciente requiera traslado, lo primero es solicitar su consentimiento para esto y es la institución quien tiene la custodia del paciente hasta que se ubique si hay responsables para el mismo.

En caso de menores de edad están los entes encargados de notificar quienes tomaran la custodia del menor y se harán responsables de la autorización y acompañamientos en los traslados respectivos.

PROTOCOLO MANEJO Y TRASLADO NEONATOS

El nacimiento de un nuevo ser humano es un proceso maravilloso y, sin embargo, muy complejo debido a que tanto la madre como el bebé experimentan muchos cambios físicos y emocionales.

El bebé adaptarse físicamente a la vida fuera del cuerpo de su madre. Salir del útero significa que ya no puede depender de la circulación y la placenta de su madre para las funciones fisiológicas importantes. Antes del nacimiento, la respiración, la alimentación, la eliminación de desechos y la protección inmunológica provenían de su madre. Pero cuando llega al mundo, muchos de sus aparatos y sistemas del cuerpo cambian dramáticamente el modo en que funcionaban durante la vida fetal:

- Los pulmones deben inhalar aire.
- La circulación cardíaca y pulmonar cambia.
- El aparato digestivo debe comenzar a procesar alimentos y excretar los desechos.
- Los riñones deben comenzar a funcionar para regular los líquidos y elementos químicos del cuerpo y excretar los desperdicios.
- El hígado y el sistema inmune deben comenzar a funcionar en forma independiente.

Los siguientes son algunos factores que pueden poner a un bebé en situación de alto riesgo y aumentar las probabilidades de su ingreso en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Sin embargo, cada bebé debe ser evaluado individualmente para determinar la necesidad de admisión. Los factores de alto riesgo incluyen:

los factores maternos:

- edad menor de 16 o mayor de 40 años
- consumo de drogas o alcohol
- diabetes
- hipertensión

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- hemorragias
- enfermedades de transmisión sexual
- gestación múltiple (mellizos, trillizos o más)
- escasez o exceso de líquido amniótico
- ruptura prematura de las membranas (también llamadas saco amniótico o bolsa de aguas)

los factores del parto:

- sufrimiento fetal/asfixia en el nacimiento (cambios en los sistemas orgánicos debidos a la falta de oxígeno)
 - parto en presentación pelviana (de nalgas) u otra presentación anómala
- meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico)
- circular de cordón (cordón alrededor del cuello del bebé)
- parto con fórceps o por cesárea

los factores del bebé:

- nacimiento con menos de 37 o más de 42 semanas de gestación
- peso al nacer menor que 2500 gramos (5 libras y 8 onzas) o mayor que 4000 gramos (8 libras y 13 onzas)
- bebé pequeño para la edad gestacional
- administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos
- defectos congénitos
- dificultad respiratoria, incluidas la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración)
- infecciones como por ejemplo, herpes, estreptococos grupo B, clamidia
- convulsiones
- hipoglucemia (bajo nivel del glucosa en sangre)
- necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia por vía endovenosa (IV) o medicamentos
- necesidad de tratamiento o procedimientos especiales, como por ejemplo, transfusiones de sangre

Debido a que la ESE Hospital San Félix, es el principal hospital de la región y cuenta con los servicios de urgencias ginecológicas y pediátricas, la preocupación por la atención pertinente, oportuna y adecuada, y el triage de los pacientes perinatales, cobra una importancia creciente.

Las gestaciones de riesgo y los partos que de ellas se derivan, deben ser identificados para así poder ser atendidos con los recursos especializados requeridos; el transporte ideal del recién nacido es el que se realiza IN UTERO, desafortunadamente no todas las patologías o las complicaciones derivadas de ellas, pueden detectarse a tiempo, y ser

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

manejadas antes del nacimiento; en nuestro medio, muchas se identifican como urgencias, pues se presentan durante el parto o el periodo neonatal.

Durante el año 2.012, en la Empresa Social del Estado Hospital San Félix, se presentaron 12 eventos de muerte perinatal, con los siguientes diagnósticos

- Caso N° 1: Prematurez, 35 semanas, expulsivo prolongado, circular de cordón.
- Caso N° 2: Óbito fetal, 34 semanas
- Caso N° 3: Óbito fetal, sífilis secundaria
- Caso N° 4: Óbito fetal, 27 semanas
- Caso N° 5: Óbito fetal, 20 semanas
- Caso N° 6: Prematurez 22 semanas, peso 700 gramos
- Caso N° 7: Óbito fetal, gestación postérmino, retención de hombros -
- Caso N° 8: Prematurez, 24.3 semanas, enfermedad de membrana hialina, dificultad respiratoria.
- Caso N° 9: Óbito fetal, 33 semanas.
- Caso N° 10: Óbito fetal, hemorragia del tercer trimestre, abruptio placenta.
- Caso N° 11: Circular de cordón umbilical al cuello, 41 semanas
- Caso N° 12: Óbito fetal, sífilis gestacional.

Durante el año 2.013, en la Empresa Social del Estado Hospital San Félix, se presentaron 5 eventos de muerte perinatal, con los siguientes diagnósticos

- Caso N° 1: Óbito fetal, 35 semanas
- Caso N° 2: Prematurez, 24 semanas
- Caso N° 3: Óbito fetal, placenta previa
- Caso N° 4: Óbito fetal, 36 semanas
- Caso N° 5: Óbito fetal, Síndrome de dificultad respiratoria

Por lo anterior es necesario organizar los recursos, para entregar al neonato y a su madre manejo integral cuando se presenta la urgencia; a la madre cuidados pre – trans y pos-parto, y al neonato brindarle reanimación, estabilización y un buen sistema de transporte neonatal que permita un traslado al nivel de asistencia que requiera con todas las condiciones y cuidados respectivos.

La alianza estratégica entre la Empresa Social del Estado Hospital San Félix y la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal permitirá la disminución de la morbilidad y de la mortalidad perinatal, en el municipio de La Dorada, el oriente Caldense y el área de influencia; estamos convencidos, de que éste tipo de articulación, solo puede traer beneficios a la comunidad.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

TRASLADO NEONATAL

DEFINICIÓN

Es el conjunto de recursos humanos, técnicos y materiales, organizados por niveles de atención según complejidad, que permiten el traslado del neonato con problemas de adaptación neonatal u otro tipo de patología, asegurando su adecuada atención y teniendo como elementos fundamentales la comunicación, coordinación y control de calidad.

COMPLEJIDAD DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Primer nivel

Control de la gestación normal e identificación precoz del riesgo.

Traslado intrauterino, asistencia del trabajo de parto.

Asistencia al recién nacido (RN) normales con cuidados de observación mínimos (componente neonatal AIEPI),

ESTABLE (energía, monitorización, temperatura, vía aérea, presión arterial, líquidos, explicación a los padres).

RN con edad gestacional mayor de 37 semanas con peso mayor de 2.500 gramos con trastornos discretos de adaptación neonatal, historia de factores de riesgo de poca intensidad.

Dotados para resucitación y estabilización de RN con problemas vitales durante su hospitalización y posteriormente trasladado.

Segundo nivel

RN moderadamente enfermo que necesita técnicas de cuidados medios.

Recién nacidos con edad gestacional mayores a 34 semanas o peso mayor a 1500 gramos así como los procedentes de las unidades de cuidados intensivos neonatales que hayan superado la gravedad.

Recién nacidos con fototerapia y si se cuenta con los recursos de cirugía infantil, los intervenidos de cirugía menor.

Tercer nivel Se responsabilizará de toda la enfermedad con cambios frecuentes clínicos y biológicos, con necesidades de métodos diagnósticos y de tratamientos complejos, así como cuidados médicos y de enfermería continuos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- RN con edad gestacional menor de 34 semanas y peso inferior a 1.500 gramos.
- Los recién nacidos que presentan enfermedad cardiorrespiratoria grave, convulsiones de difícil control, hipoxia severa, sepsis.
- Recién nacidos que necesitan ayuda ventilatoria, alimentación parenteral, cirugía mayor.

TIPOS DE TRASLADO PERINATAL

Traslado fetal

Tras la identificación de las gestaciones de alto riesgo se procederá al traslado de las madres a un centro donde la atención neonatal sea la adecuada, y realizar allí el parto, ya que el útero es el medio de transporte ideal para el feto.

Se consideran, entre otras, gestaciones de alto riesgo que precisan de asistencia especializada las siguientes:

Eclampsia y preclampsia

Hemorragia por desprendimiento placentario, Enfermedad materna severa: diabetes severa, isoimmunización grave, hidramnios y polihidramnios.

Otras en las que el futuro RN pueda precisar cuidados especiales, que no puedan ser ofrecidos con garantías en el centro donde se produce el nacimiento, como prematuridad (gestaciones menores de 34 semanas de gestación).

No debe indicarse el transporte de urgencia en los siguientes casos:

Trabajo de parto avanzado si se calcula que el parto pueda ocurrir durante el transporte.

Hemorragia profusa y hay posibilidad de transfusión en el centro de procedencia.

La frecuencia cardíaca fetal muestra patrón de alteración severa y se debe indicar parto por cesárea de urgencia.

Traslado Neonatal

El feto y el RN pueden requerir tratamiento porque el deterioro puede suceder inmediatamente, antes, durante o después del nacimiento, esta situación requiere de la cooperación del médico general del primer nivel, obstetra, pediatra o neonatólogo. Se

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

recomienda, de forma general, indicación de traslado del RN en las siguientes situaciones:

Traslado Urgente

Toda situación de falla respiratoria grave que no pueda ser controlada en la estructura de origen (niveles I y II y domicilio).

- Los recién nacidos muy inmaduros (peso inferior a 1.500 g).
- RN con hipoxia, distrés respiratorio medio, alteraciones neurológicas.
- RN con alteraciones hemodinámicas secundarias a reanimación profunda, infección e hipoglucemia severa no controlada.
- Malformaciones cardíacas o/y otras viscerales.

Traslado Programado

Se entiende como tal el que concierne al RN con estado precario (no urgente) que necesita consulta o un examen especializado fuera de su lugar de origen (ecografía, escáner, etc.).

FASES DEL TRANSPORTE

Las fases del transporte son: activación, estabilización, traslado, transferencia y reactivación.

Activación: Comprende la comunicación formal del traslado y organización de los equipos y personal responsables del mismo.

Estabilización Incluye todas aquellas actividades de soporte que se consideran necesarias realizar antes de iniciar el traslado.

Traslado: Comienza cuando se instala el RN en el vehículo, y termina con la transferencia al personal responsable en el hospital de destino.

Transferencia: Recepción por parte del equipo del tercer nivel de atención y retroalimentación y evaluación de los resultados del traslado a los equipos emisores.

Reactivación: Regreso del equipo de traslado al hospital emisor y preparación del material y vehículo para nueva activación.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Equipo

Consta de medicamentos, insumos y equipos médicos.

El botiquín será fácil de revisar y reponer. Los equipos médicos para el traslado deben ser: de diseño compacto, sencillos de manejo y resistentes a las averías, de poco peso y portátiles, con autonomía (duración de sus baterías doble a la del tiempo de viaje estimado), dotados de conectadores adaptables a corriente alterna y continua, y resistentes a interferencias electromagnéticas. Inventario (Resolución 2003 mayo 2014)

Incubadora de transporte neonatal

Incubadora de fácil manejo, sin peso excesivo y flexible con soporte plegable, ligero pero con un sistema de anclaje robusto, con tapa transparente, con módulo con luz interior para la correcta visualización del RN y conexión a red eléctrica de la incubadora de una batería recargable en la propia ambulancia con generador de corriente de 220 V (CA). En su defecto deben utilizarse incubadoras portátiles que permitan el aislamiento del recién nacido, fuente de oxígeno y calentamiento con bolsas de agua precalentadas para los primeros niveles.

Debe contener bala de oxígeno suplementaria incorporada a la ambulancia, siendo imperativo que en el traslado se lleve una bala de oxígeno con débito suficiente (nunca inferior a 5 l/min.) El oxígeno o la mezcla de aire-oxígeno calentada y humidificada para poder ser administrada al RN en el interior de la incubadora o en una cámara cefálica en la propia incubadora, siempre con la precaución de control con analizador de fracción inspiratoria de O₂ (FIO₂).

La misma fuente puede servir para ventilación manual tipo Ambú con reservorio.

Monitorización

El material para el transporte debe tener especificaciones similares a las que habitualmente se utilizan en UCIN, con las características especiales que lo hagan fácilmente transportable, como ser ligero de peso, de tamaño reducido y con batería que le permita funcionar autónomamente al menos durante dos horas.

Cuidados de enfermería:

A la cabecera del recién nacido

- Mantener la temperatura del RN: evitar situaciones de hipotermia e hipertermia.
- Mantener una adecuada oxigenación: Prevenir situaciones de peligro para el RN como hipoxia e hiperoxia sobre todo en el RN de más bajo peso y edad de gestación.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Hidratación y mantenimiento de la glucosa: En los RN severamente enfermos la disminución de reservas más el fuerte consumo lleva a la utilización de la glucosa, lo que da lugar a hipoglucemia. Evitar, asimismo, la hiperhidratación y la hiperglucemia.
- Cuidados de asepsia: Evitar la contaminación por diferentes gérmenes ya que el RN presenta inmunodeficiencia de la inmadurez, con mayor riesgo de contagios de gérmenes patógenos o no.

Traslado Neonatal UCIN JAP (La Dorada)

El transporte neonatal es el desplazamiento del recién nacido, desde el centro remitido (en el caso que nos ocupa, la ESE Hospital San Félix) al centro receptor (Unidad de Cuidado Crítico Neonatal -JAP). El traslado neonatal tiene un sentido más amplio: comprende la decisión del mismo, su valoración, estabilización, transporte e ingreso a la unidad. Por lo tanto es fundamental la coordinación entre los diferentes centros sanitarios.

La decisión del transporte depende de una serie de factores que incluyen la posibilidad de atención continua durante las 24 horas, el personal médico y de enfermería, terapia respiratoria, instalaciones, equipos biomédicos (se deben mantener continuidad en la revisión de las listas de chequeo de los equipos especialmente de reanimación – laringoscopios, aspirador, monitor, bombas de infusión), material (especialmente tubo endotraqueal, ambú, sonda orotraqueal), interdependencia de servicios (servicio farmacéutico, soporte diagnóstico: radiología y laboratorio).

DESARROLLO DEL PROCESO

INGRESO

La remisión de los pacientes puede ser:

- El neonato que es remitido a la unidad JAP y el primer transporte es intrauterino. La JAP comenta y direcciona la gestante al área de referencia y contrarreferencia de la ESE Hospital San Félix; y aquí se realiza el respectivo proceso interno:
 - Se comenta el caso del binomio con el ginecólogo de turno, de la ESE Hospital San Félix para su aceptación. La gestante, es aceptada solo cuando su condición es susceptible de manejo en la mediana complejidad. La no aceptación de ginecología, genera obviamente la negación de cualquier intervención pediátrica.
 - El ginecólogo informa al pediatra de turno.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- El ginecólogo, pide la disponibilidad de cama en UCI Neonatal, a través del área de referencia y contrareferencia.
- La paciente que es remitida a referencia y contrareferencia del Hospital: la remisión es aceptada por el ginecólogo de la institución que viendo lo que se pueda presentar y según su criterio decide que el neonato necesita atención en cuidados especiales, se avisa a la unidad JAP solicitando la cama, este proceso está a cargo de ginecólogo del hospital y pediatra de la unidad JAP.

Luego del ingreso de la materna, el Ginecólogo para la realización del evento quirúrgico cesárea o atención del parto, realiza la pertinente clasificación del riesgo, para seguir tomar la conducta:

RIESGO ALTO

Aviso Unidad de cuidado crítico y Neonatal JAP, el personal de la unidad se prepara para la atención del neonato y su traslado:

La UCIN se encarga:

- Recurso Humano:
Pediatra, terapeuta respiratoria y enfermera
- Equipos médicos
Bombas de infusión, ventilador y aspirador
- Dispositivos e Insumos
Los requeridos para la atención y traslado de neonatos.

La Ese Hospital san Félix, asume:

- Ambulancia y conductor
- Incubadora

RIESGO MODERADO

La Ese Hospital San Félix:

- Recurso Humano

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Pediatra de turno del Hospital, conductor.

-Equipos Médicos

Ambulancia medicalizada, Incubadora

Unidad JAP:

-Recurso Humano

Enfermera, terapeuta respiratorio

-Equipos médicos

Bombas de infusión, ventilador y aspirador

A tener en cuenta:

- ✓ La remisión se debe gestionar según protocolo de remisiones de referencia y contrareferencia de la institución, llenar los respectivos registros y buscar las autorizaciones.
- ✓ La enfermera jefe de Ginecología y pediatría es quien asume en la institución (ESE Hospital San Félix) las condiciones en que se encuentre la Incubadora: limpieza, desinfección y previo calentamiento.
- ✓ Los pacientes y sus familiares deben tener claro como son las condiciones de cuidado tanto del niño como de la madre.
- ✓ Los especialistas de ambas instituciones (ginecólogo y pediatra) deben ser quienes previa comunicación informen sus decisiones para optimizar tiempo y cuidados.

SOMATOMETRIA

DEFINICION

Acciones que se realizan para obtener las proporciones y medidas del cuerpo humano peso, talla, perímetros y segmentos.

Indicaciones:

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Detectar las variantes de estos parámetros para relacionarlas con las cifras aceptadas como normales.

Las medidas antropométricas ayudan a describir el aspecto y crecimiento del individuo.

Procedimiento

MEDICIÓN DE LA TALLA

Medición de la distancia que hay desde la coronilla (parte más elevada del cráneo), hasta los pies (talones).

Prepara material y equipo dependiendo de la edad del paciente al cuál se le tomaran las medidas

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

- Extiende sobre la mesa de exploración pediátrica toallas de papel
- Coloca al niño en decúbito dorsal, de manera que el vértice de la cabeza quede en contacto con el extremo fijo del tallímetro
- Inmoviliza los miembros inferiores del bebe apoyando una mano sobre sus rodillas
- Con la otra mano, mover el tope del tallímetro hasta el nivel de los talones

ADULTOS

- Pedir al paciente se quite los zapatos
- Coloca al paciente en posición recta, de espaldas al tallímetro
- Baja el marcador del tallímetro hasta tocar el vértice cefálico
- Lee la marca
- Registra la medición

MEDICION DE PERIMETROS

Maniobras que se realizan para obtener las medidas de los contornos de determinadas regiones del cuerpo

Prepara al paciente dependiendo del sitio a medir

CEFALICO

Medición de la circunferencia del cráneo

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Procedimiento

- Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza del paciente, del occipucio a la parte media de la frente, sin apretar
- Pedir al paciente se quite la ropa en caso de requerir medición de la parte torácica

MEDICION DE TORAX

- Acostar al paciente en decúbito dorsal y descubrir el tórax
- Deslizar la cinta métrica debajo del tórax y colocarla a nivel de las tetillas

ABDOMEN

- Descubrir la región abdominal
- Ayudar al paciente a elevar el abdomen con una mano
- Con la otra mano, deslizar la cinta métrica por debajo del abdomen del paciente y colocarla sobre la cicatriz umbilical. En recién nacidos que aun tengan cordón umbilical, se tomara en la parte superior del muñón
- Hacer la lectura y retirar la cinta métrica
- Registrar mediciones en hoja de enfermería

MEDICION DEL PESO

- Nivelar la bascula
- Cubre con toalla de papel la superficie de la bascula que estará en contacto con el paciente
- Prepara al paciente dependiendo de la edad del mismo

PACIENTE ADULTO

- Pide al paciente se quite los zapatos y que utilice el mínimo de ropa posible
- Ayuda al paciente para que se suba a la báscula, lo coloca frente a la escala

PACIENTE PEDIATRICO

- Deja al paciente con el mínimo de ropa posible
- Coloca al paciente en la báscula, tener presente el riesgo de caída
- Pesa al paciente Se debe de pesar al paciente de preferencia a una misma hora y antes de desayunar.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Los lactantes y bebés se pesan desnudos. En caso de no contar con báscula pesa bebé en el servicio, pesar al familiar primero y posteriormente pesar al bebé junto con el familiar. La diferencia del peso adulto con bebé, adulto solo, será la cifra a registrar

- Registra en hoja correspondiente las mediciones

INSTALACIÓN DE MONITOR DE SIGNOS VITALES

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se instala un equipo electromédico fijo para la vigilancia continua de la actividad eléctrica del corazón, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica, diastólica y media por método invasivo y no invasivo, temperatura y capnografía.

Indicaciones

- Vigilar continuamente los signos vitales del paciente.
- Contar con un instrumento de monitoreo de signos vitales que facilite el registro de los mismos.
- A todo paciente hospitalizado en la unidad de urgencias con orden médica de colocarse monitor de signos vitales.
- El monitoreo continuo de signos vitales facilita la vigilancia estrecha del paciente

Equipo

- Monitor con sus cables y aditamentos completos: (cables para ECG de tres o cinco puntas, brazaletes para presión arterial no invasiva. Cable para temperatura, dedal para el oxímetro).
- Electrodo.

Procedimiento

Lavarse las manos

- Informar al paciente del procedimiento
- Encender el monitor y revisar que los cables estén completos.
- Colocar los cables al paciente dependiendo de la función del monitor que se vaya a registrar

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

FRECUENCIA CARDIACA

- Realiza asepsia del área torácica con torundas alcoholadas. Nota: valorar si es necesario rasurar al paciente, solo en caso de ser necesario
- Conecta los cables de la derivación con el cable para el paciente y verificar que encajen correctamente.

Nota: los fabricantes suelen codificar las conexiones de las derivaciones para su adecuada colocación. Estas suelen estar codificadas por colores, letras o símbolos. El cable negativo marcado con N, -, o RA, el cable positivo marcado con P, +, LL y la derivación a tierra marcada con G, neutral o RL., pueden existir 2 más LA y V.

Es importante conocer la anatomía cardiaca y del sistema de conducción eléctrica del corazón, para identificar un trazo correcto y/o la detección de una arritmia

- Coloca los electrodos a la pared torácica dependiendo del sitio que corresponda a cada uno de ellos y del modelo del mismo

MONITOR DE 3 DERIVACIONES

- Aplicar el electrodo RA en el hombro derecho cerca de la unión del brazo con el torso
- Aplica el electrodo LA en el hombro izquierdo cerca de la unión del brazo con el torso. Aplica el F en el centro del tórax ligeramente recargado del lado izquierdo.

MONITOR DE 5 DERIVACIONES

- Aplica el electrodo RA, LA y F igual que en el de tres cables.
- Aplica el electrodo RL por debajo del corazón en la región abdominal derecha.
- Aplica el electrodo LL por debajo del corazón, en la región abdominal izquierda, aproximadamente a nivel del ombligo.
- Seleccionar sensor dependiendo del parámetro a registrar.

OXIMETRIA DE PULSO:

Técnica de monitoreo no invasiva utilizada para medir la saturación de oxígeno arterial de la hemoglobina funcional. Un sensor que contiene dos fuentes de luz (roja e infrarroja) y un foto detector se colocan alrededor de un lecho arterial pulsátil como el pulgar, el dedo gordo del pie, la nariz o el lóbulo de la oreja.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

SENSOR DE OXIMETRIA DE PULSO

- Selecciona el sitio en que se colocará el sensor evaluando la temperatura y el llenado capilar
- Confirma la presencia de pulso arterial

SENSOR DE TEMPERATURA

- Selecciona el cable
- Limpia el sitio a colocar el sensor (axila, ingle o parte posterior de tórax)
- Coloca el sensor (de oximetría o la de la temperatura según sea el caso)

PRESION ARTERIAL NO INVASIVA (PANI)

- Selecciona el brazo en que se va a medir la PANI
 - Descubre el miembro a medir Es necesario que la ropa que cubre el miembro sea holgada para colocar el tensiómetro (a menudo se comete errores cuando la ropa ajusta el brazo, en todo caso es mejor descubrir totalmente el miembro para, evitar mediciones)
 - Palpar la arteria humeral
 - Colocar el manguito (cámara inflable que va alrededor del brazo) del tensiómetro a la altura del corazón, el borde inferior a 4 centímetros del codo aproximadamente (cara posterior del codo, el manguito debe ser el adecuado de acuerdo a la edad y grosor del brazo del paciente
- En la pantalla se oprime la acción de PANI y la insuflación será automática y los valores quedarán registrados en una pantalla por lo que será más fácil registrar la presión arterial y se programan todas las funciones ajustando las alarmas y parámetros de acuerdo al paciente

FRECUENCIA RESPIRATORIA

No tiene unos pasos a seguir, los mismos electrodos que recogen la información del EKG, registran el movimiento respiratorio que se traduce a la frecuencia respiratoria en la pantalla del monitor, solo hay que programarla. La presión arterial invasiva, así como el resto del monitoreo hemodinámico invasivo y la capnografía son funciones no utilizadas

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

MANEJO DE BOMBA DE INFUSION

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se instala una bomba de infusión (dispositivos electromédico que facilitan la administración parenteral de drogas y soluciones, y son usados donde es esencial la precisión y un aporte constante)

Indicaciones

- Facilitar la administración de soluciones y drogas parenterales en una cantidad precisa y constante
- Las bombas de infusión son un dispositivo efectivo para la administración de soluciones y medicamentos en cantidad y tiempo preciso y en el paciente crítico es de vital importancia para su estabilización y posibles cambios en su tratamiento.
- Los equipos utilizados para el funcionamiento de la bomba de infusión deberán ser los que el distribuidor indique.
- Siempre que se tenga una duda sobre el funcionamiento de la bomba, consultar el manual; por lo que deberá permanecer en el servicio

Procedimiento:

Nota: para el manejo de la bomba de infusión hay que tener en cuenta que existen muchos modelos y marcas; pero el objetivo es el mismo, a continuación describiremos el modelo con el que actualmente se cuenta en el servicio. Otro punto importante es que el paciente debe contar ya con una vía parenteral instalada, y realizar este procedimiento de manera tranquila, pero sistematizada.

- Revisar órdenes médicas.
- Lavarse las manos
- Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento
- Antes de preparar el equipo, familiarícese con sus componentes

BOMBA DE INFUSION INFUSOMAT COMPACT B/BRAUN – Sharing Expertise

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

-Fije la Bomba en un soporte (atril, cama o torre)

-Conecte el equipo a la fuente de alimentación eléctrica.

-Encienda el equipo y verifique que este activa la luz verde que indica corriente en la bomba.

Prendiendo y Apagando:

- Pulsar el botón de encendido: encendido

- Para apagar mantenga oprimido el mismo botón por tres segundos. En la pantalla aparece el mensaje “Apagado Suelte la Tecla”

Programado Volumen Total y velocidad flujo de Infusión

Punto anterior.

- Digitar el flujo en ml/h
- Presionar las teclas F y 2 y digitar el volumen total. Presionar F para confirmar
- La pantalla volverá a mostrar el flujo
- Presionar la tecla star/stop para iniciar o para la infusión
- Si se deshabilita el sensor de gotas cualquier programación será automáticamente iniciada por el volumen total.

Programando Volumen Total y tiempo

Si existe un flujo programado previamente hay que borrarlo.

- encender la bomba

- presionar F y 2 y digitar el volumen total. Presione F para confirmar

- Presionar teclas F y 4 digitar el tiempo total. Presionar F para confirmar

- La pantalla mostrara el flujo calculado

- Presionar tecla Star/stop para iniciar la infusión.

* Si se deshabilita el sensor de gotas cualquier programación será automáticamente iniciada por el volumen total.

Borrando Volumen Infundido

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

-Con la infusión en marcha presionar las teclas F y . el volumen infundido de la pantalla llega a cero

Administrando Bolos

-con la infusión en marcha presione las teclas F y 1 simultáneamente y mantenerlas presionadas hasta que el volumen deseado del bolo sea infundido; la pantalla muestra el volumen infundido, generando una alarma sonora cada 1 ml.

Bloqueando y Liberando el teclado

- Presionar las teclas F,0 y 3 para acceder al menú del teclado: para bloquear presione 1 y para desbloquear . y 2.

Cambiando la Velocidad del Flujo con la infusión en marcha

- Presione la tecla C: la pantalla presenta el texto Nuevo Flujo

- Digite el valor del flujo y presione la letra F para confirmar.

Visualizando los Volúmenes Infundidos

- Presione las teclas F y 5 en secuencia, la pantalla presenta los volúmenes infundidos
ger: volumen desde que la bomba fue prendida // inf: volumen de la infusión en curso.

Deshabilitando el sensor de Goteo

- presionar las teclas F y 0 para activar menú

- presionar la tecla 2 para ir al submenú de sensor de goteo: presionar 1 para habilitar y 2 para deshabilitar.

* Si se deshabilita el sensor de gotas cualquier programación será automáticamente iniciada por el volumen total.

*El sensor de goteo puede ser habilitado o deshabilitado con la bomba parada o infundiendo

*Las alarmas relacionadas al sensor de goteo son desactivadas cuando el sensor es deshabilitado.

Advertencias:

- Nunca accione las teclas con algún objeto puntudo o con la uña. Use la yema del dedo

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Al apilar las bombas fijarlas todas con su respectivo soporte en el atril
- No apile más de tres bombas
- Asegurar que el equipo de goteo cuelga lo más vertical posible.
- No forzar la puerta, ábrala únicamente lo necesario para poner o quitar el tubo de la bajante.
- Purgar el equipo, eliminando burbujas de aire
- Instale el Set de infusión, verificando que al abrir la llave de paso no haya infusión del medicamento.
- Ahora si conecte al acceso venoso.

Cuando se vaya a infundir un medicamento fotosensible utilizar los set de infusión radiopacos, son proporcionados por Braun.

OXIGENOTERAPIA

DEFINICION

La nebulización permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O₂ o aire en forma de vapor.

Indicaciones

En pacientes con dificultad para expulsar las secreciones respiratorias, con respiraciones profundas ineficaces y tos o intensos no exitosos con métodos más simples.

Contraindicaciones

Pacientes con insuficiencia cardiaca

Recursos Humanos:

Terapeuta respiratoria, Enfermera y Técnica de Enfermería

Equipo y material

- Fuente de Oxígeno
- Conexión de Oxígeno

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Flujometro
- Oxímetro de Pulso
- Set de Nebulización
- Suero Fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento.

OXIGENOTERAPIA - Administración de oxígeno mediante Mascarilla o Gafas

PROCEDIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA

1. Informar al paciente de lo que se le va a hacer;
2. Elevar la cabecera de la cama del paciente para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado);
3. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la coloración de piel y mucosas;
4. Observar la frecuencia respiratoria del paciente;
5. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro;
6. Mantener un nivel de agua adecuado en el frasco humidificador;
7. Comprobar el correcto funcionamiento de todo el sistema.

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE MASCARILLA

1. Realizar el Procedimiento de Oxigenoterapia arriba indicado;
2. Ajustar la concentración de O₂ prescrito en la mascarilla;
3. Colocar la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente (que no le oprima en exceso);
4. Evitar las fugas de O₂ hacia los ojos del paciente (puede provocarle conjuntivitis);
5. Mantener la mascarilla limpia (realizar higiene diaria de la misma);
6. Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE GAFAS

1. Realizar el Procedimiento de Oxigenoterapia arriba indicado;
2. Ajustar la concentración de O₂ prescrito para gafas;
3. Verificar la correcta salida de O₂ por los vástagos de las gafas;
4. Colocar los vástagos de las gafas en los orificios nasales del paciente;

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

5. Fijarlos correctamente con el objeto de prevenir irritaciones de la mucosa (ajustar el cable a las orejas y cuello del paciente);
6. Indicar al paciente que respire por la nariz y no por la boca;
7. En caso necesario, limpiar y humedecer la nariz del paciente;
8. Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.

NEBULIZACIONES

DEFINICION

Mecanismo que se utiliza para proporcionar humedad y aplicar sustancias medicamentosas al paciente. El oxígeno genera partículas aerosolizadas, el paciente inhala las partículas usando generalmente una mascarilla.

Indicaciones

- Instalar un ambiente húmedo para una buena fluidificación de las secreciones acumuladas ayudando a permeabilizar las vías respiratorias.
- Favorecer la broncodilatación
- Dar seguridad al usuario
- Efectuar técnicas asépticas
- Cuidar la individualidad del usuario

Equipo

- Toma de Oxígeno
- Silicona de Oxígeno
- Nebulizador Con mascarilla
- Jeringa con Solución Inyectable o Agua Destilada
- Medicamento Indicado

MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD

1. Indicar al paciente (o familiar del niño en su defecto) que la mascarilla debe permanecer pegada a la boca de este durante todo el tratamiento.
2. Especificar el tiempo efectivo de cada tratamiento (cada 2, 4, 6, u 8 horas).
3. Valorar la nebulización periódicamente.
4. La nebulización durara hasta que se termine el tratamiento (líquido).

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

5. Recomendar al paciente que respire principalmente por nariz y que respire profundamente de forma ocasional
6. Hacer cambios de agua al recipiente humidificador del oxígeno cada 24 horas

Procedimiento

- Verificar en indicación médica el contenido de las nebulizaciones
- Preparar material y equipo
- Lavarse las manos
- Llenar el reservorio del nebulizador con la solución indicada
- Conectar la parte distal del nebulizador (silicona de oxígeno) a la toma de oxígeno
- Explicar procedimiento al paciente, si procede
- Colocar al paciente en posición Fowler de acuerdo a su estado de salud
- Corroborar que el paciente se encuentre libre de secreciones

PACIENTE CON SECRECIONES

- Aspirar al paciente de manera gentil

PACIENTE SIN SECRECIONES

- Colocar la mascarilla al paciente tratando de cubrir nariz y boca
- Regular la intensidad de las nebulizaciones, situar el Flujómetro entre 4 y 5 litros por minuto durante 15 minutos
- Al terminar la nebulización, cerrar la válvula del oxígeno y retirar mascarilla al paciente
- Dar cuidados posteriores al equipo
- Hacer los registros correspondientes

TOMA DE MUESTRAS: GLUCOMETRIA

DEXTROSTIS:

- Realizar punción con lanceta de manera rápida y de una sola vez.
- Presionar el dedo hasta obtener una gota de sangre que sea adecuada para la toma.
- Colocar la gota de sangre en la tira reactiva.
- Checar el tiempo

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

-Colocar una torunda alcoholada en el sitio de punción y realizar ligera presión o pedirle al paciente que la sostenga

-Secar la tira reactiva después 30 segundos con papel o sanitas

-Valorar el resultado obtenido por medio del frasco de las tiras reactivas, (después de 30 segundos, completando en total un minuto después de la colocación de la gota de sangre en la tira reactiva.

CON EQUIPO DE GLUCOMETRO

-Accionar el glucómetro y esperar que se realice el test según las instrucciones de cada fabricante.

- Colocar el chip codificador y/o verificar que el código que aparece en la pantalla coincida con el código del frasco de tiras reactivas

-Colocar la tira en el glucómetro.

-Montar la lanceta en la pluma especial para realizar la punción.

-Programar la intensidad de la punción, (la pluma cuenta con una numeración del 1 al 5 progresivamente es la intensidad de la punción)

- Pegar la pluma al sitio ya seleccionado y limpio y activar la punción

- Presionar suavemente el dedo, hasta obtener una gota de sangre

-Colocar la gota de sangre, que subirá automáticamente por el interior de la tira hasta llenarla. La tira debe quedar bien llena, por lo que si no es así debe volver a colocarse otra gota de sangre, cuidando también de que no se rebase; ya que cualquiera de los dos casos se obtiene resultados erróneos.

-Esperar que aparezca en la pantalla del aparato el resultado cuando haya terminado la medida. Según los modelos, suele avisar con un pitido de que ya ha terminado de medir.

EN AMBOS METODOS

-Tirar los desechos a la basura y la lanceta al frasco de punzocortantes.

-Retirarse guantes.

-Lavarse las manos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

DEFINICION

Técnica diagnóstica no invasiva, destinada a registrar la corriente eléctrica del músculo cardíaco, producida por la actividad del corazón en función del tiempo, mediante la instalación de electrodos colocados en puntos específicos del cuerpo

Indicaciones

Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón durante un ciclo cardíaco

- Electrocardiógrafo.
- Gel conductor para electrodos
- Guantes de procedimiento (optativos)

Procedimiento

- Lavado de manos
- Recolectar el material y trasladar a la unidad del paciente
- Saludar y llamar al paciente por su nombre
- Informar al paciente el procedimiento a realizar
- Preservar la intimidad y nivel de autovalencia del paciente
- Acomodar la altura de la cama para favorecer su ergonomía y bajar una baranda, si procede
- Solicitar o Retirar de objetos de metal portados por el paciente
- Solicitar o acomodar al paciente en decúbito supino.
- Solicitar o descubrir el tórax, antebrazo y piernas del paciente
- Preparar la zona, limpiar la piel con agua o alcohol, rasurando la zona si precisa.
- Marcar los puntos precordiales si el paciente va a requerir ECG de control

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Encender la maquina y verificar buen funcionamiento
- Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm./seg. y el voltaje a 1mv. Seleccionar “filtro” y modalidad manual o automática
- Colocar los electrodos en los puntos indicados
- Tórax. Derivaciones precordiales.
 - V 1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
 - V 2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
 - V 3 – Entre V 2 y V 4.
 - V 4 – 5 ° espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.
 - V 5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V 4.
 - V 6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V 4.
- Extremidades (tercio medio antebrazo y pierna)
 - RA/ Rojo: Muñeca derecha.
 - LA / Amarillo: Muñeca izquierda.
 - RF / Negro: Tobillo derecho.
 - LF / Verde: Tobillo izquierdo.
- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Retirar los electrodos, retirar el gel y limpiar la piel
- Indicar o vestir al paciente
- Dejar al paciente en posición cómoda y seguro
- Contestar preguntas e informar al paciente si corresponde

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Identificar el registro con nombre completo del paciente, servicio o unidad, fecha y hora de realización
- Retirar el material
- Lavado de manos
- Registre en hoja de enfermería
- Pegar el trazo en el formato indicado, entregar al médico tratante.

RECOMENDACIONES

- Si existe imposibilidad de colocar algún electrodo en la zona indicada, situar éste lo más cercano a este punto.
- Para obtener un trazado adecuado, debe colocar cantidad suficiente de gel conductor previa limpieza de la piel, fijar adecuadamente los electrodos y mantener al paciente tranquilo

CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS

DEFINICION

En la actividad que realiza la enfermera, mediante la cual controla exactamente los líquidos que le son administrados al paciente ya sean estos por vía enteral o parenteral y los eliminados a través de orina, perdidas insensibles, drenes y vómito, obteniendo de esta forma un balance (diferencia), en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.

Indicaciones

- Valorar el estado Hidroelectrolítico y ácido básico del paciente.
- Contribuir a la determinación de un diagnostico claro que muestre la situación real renal del paciente.
- Ajustar la cantidad de líquidos que requiere el paciente según su situación clínica.
- Controlar el efecto de tratamientos y fármacos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Equipo

- Registro de enfermería para llevar el control de líquidos.
- Implementos para recolección de líquidos corporales.
- Gramudios
- Bascula.
- Equipos para infusión de líquidos enterales y parenterales.

Procedimiento

- El registro de enfermería diario del paciente contará con espacios en blanco específicos para el control de líquidos administrados y eliminados estos son: edad, peso, área de superficie corporal (esta se obtiene según cálculos ya establecidos en el servicio), total líquidos administrados, total líquidos eliminados, balance, diuresis, día, tipo de dieta.
- Así mismo, este control tendrá casillas en forma horizontal y vertical. En forma vertical encontrarán horario, signo vitales, casilla para la entrada de líquidos tanto parenterales como enterales y un total de los mismos, luego las casillas serán para la salida de líquidos como orina, vómito, drenes, entre otros y un total de estos, luego aparecerá la columna del balance que se obtiene de la diferencia entre lo administrado y lo eliminado.
- En forma vertical aparecerán subtotal en cada columna de líquidos administrados y eliminados, a su vez se obtendrá el balance horario y por turno.
- La enfermera, deberá revisar la historia clínica del paciente para conocer datos de patología, órdenes médicas y restricción hídrica.
- Verificar la forma horaria para el control (cada 1 – 2- 3 horas etc.)o cuando así se requiera si se encuentra en hospitalización, todas las entradas por vía enteral y parenteral.
- Siempre vigilará al paciente en busca de signos de deshidratación, sed excesiva, sequedad de piel y mucosas, disminución en la turgencia de la piel, oliguria, orina concentrada, fiebre, debilidad, agotamiento.
- Así mismo vigilará signos de aumento en la volemia como pvc elevadas, edema entre otros.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Tendrá en cuenta procedimientos de tipo hormonal que afecten directamente el equilibrio hidroelectrolítico (hormona antidiurética, adrenocorticotropicas).
- También qué tipo de medicación recibe el paciente que intervengan en la eliminación de orina como diuréticos o fármacos que causen alteraciones gástricas y alteren las características de los líquidos corporales como color y olor.
- El registro de cualquier administración o pérdida de líquidos se hará en forma y hora exacta, claro y completo.
- A las 24 horas se cerrará la hoja de líquidos, determinando gasto urinario y aportes día.
- Se hará control de peso diario si el paciente presenta problemas renales a las 6 AM en ayunas si no tiene indicada infusión continua enteral.
- Si el paciente no es renal se pesará cada 8 días si su situación hemodinámica lo permite, en el horario de la mañana o cuando el médico así lo requiera.

DESFIBRILACION EXTERNA AUTOMATICA

DEFINICION

Es la utilización terapéutica de un choque eléctrico que detiene o sobrecarga en forma temporaria un latido cardiaco irregular y permite el reinicio de una actividad eléctrica mas coordinada.

En caso de muerte súbita cardiaca (MSC) la arritmia más frecuente detectada es la fibrilación ventricular (FV) o la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y la desfibrilación su tratamiento más eficaz.

Se debe señalar la importancia de realizar la desfibrilación lo más rápido posible, ya que por cada minuto que se demora, la probabilidad del éxito disminuye de 7 a 10%. La desfibrilación debería estar disponible antes de cinco minutos de evolución.

Equipo:

- Desfibrilador Externo Automático (DEA): es un tipo de desfibrilador que detecta automáticamente ritmos desfibrilables, dando choque eléctrico terapéutico sin la intervención del reanimador.
- Guantes

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Equipo para el manejo de la vía aérea
- Apósitos de Gasa
- Toalla de mano
- Tijeras
- Rasuradora
- Existe un equipo adicional que ira de a cuerdo con el modelo y capacidades del dispositivo:
 - . Electrodos para monitoreo
 - . Batería adicional cargada
 - . Papel de electrocardiografía
 - . Tarjeta para registro de la información

Procedimiento

- Pensar en tu seguridad, la de la víctima y la de cualquier otra persona presente.
- Si la víctima No responde y esta respirando normalmente, enviar a alguien por el desfibrilador y dar el aviso de la emergencia.
- Iniciar RCP con (30 compresiones/2 ventilaciones)
- Tan pronto este el DEA:
 - . Encenderlo y conectar los electrodos. Si hay más de un rescatador presente, debe continuar RCP mientras esto se lleve a cabo
 - . Seguir las directrices de voz/visuales del DEA
 - . Asegurarse de que nadie toca la víctima, mientras el DEA este analizando el ritmo.
- Siesta indicado un choque (en caso FV o TV sin pulso)
 - . Asegurarse de nadie este tocando la victima mientras el DEA está analizando el ritmo.
- Su está indicado un choque (en caso de FV o TV sin pulso):
 - . Asegurarse de que nadie este tocando la victima

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- . Pulsar el botón de choque como se indica (los DEA completamente automáticos descargarán el choque mecánicamente).
- . Continuar según las directrices de la voz / pantalla del DEA.
- Continuar siguiendo los mensajes DEA hasta que:
 - . Llegue ayuda cualificada
 - . La víctima empiece a respirar normalmente.
 - . Aparezca el agotamiento.
- Colocación de las paletas: colocar las paletas en el paciente, una por debajo de la clavícula derecha y hacia la derecha del esternón y la otra por debajo del pezón izquierdo sobre la línea media clavicular. Aplicar las paletas con firmeza suficiente como para eliminar las burbujas de aire y lograr un sellado completo:
 - . Evitar colocar las paletas sobre parches de medicación o de monitoreo.
 - . Nunca colocar las paletas en forma directa sobre un dispositivo implantado porque podrían interferir en la eficacia de la desfibrilación
- . Mantenerse alejado del paciente durante el momento del choque.
- . Si se indica No efectuar el choque y el paciente posee pulso, evaluar si respira, si este NO respira comenzar la reanimación respiratoria entre 12 y 15 respiraciones por minuto.
- . Evaluar la presión arterial y tratarla según sea necesario
- . Realizar los reportes de enfermería correspondientes.

ASPIRACION DE SECRECIONES

DEFINICION La aspiración de secreciones consiste en retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede eliminar de forma espontánea.

Indicaciones

Esto se realiza para mantener la permeabilidad del tubo endotraqueal y así permitir un correcto intercambio de gases a nivel alveolo- capilar y favorecer la eliminación de secreciones, pues los enfermos intubados y traqueotomizados no pueden toser eficazmente.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Hay que aspirar cada vez que sea necesario, ya que están expuestos al riesgo de obstrucción distal (bronquio, bronquilo) ocasionando una atelectasia.

Atelectasia: La palabra atelectasia procede de atele-vs (incompleto) y éktasis (expansión).

La atelectasia es la disminución del volumen pulmonar. Se debe a la restricción de la vía aérea (atelectasia restrictiva) o a otras causas no restrictivas (atelectasia no restrictiva) como por ejemplo pérdida de surfactante, que es una sustancia que impide el colapso de los alvéolos. Debido a la restricción bronquial, el aire no fluye al tejido pulmonar. El aire que inicialmente estaba en los alvéolos, se reabsorbe o pasa a los alvéolos vecinos a través de los poros de comunicación entre las paredes alveolares. La consecuencia es que esa zona de pulmón se va retrayendo y colapsando. Se acumulan en ella las secreciones y la evolución espontánea sin tratamiento de esta zona es el deterioro irreversible del tejido pulmonar.

Equipo

- Sonda de aspiración
- Aspirador de vacío
- Guantes estériles
- Gafas protectoras, mascarillas y bata si así se precisa.
- Agua destilada (agua estéril)
- Lubricante hidrosoluble
- Ambú con reservorio
- Suero fisiológico
- Cánula de mayo.

Procedimiento

- Si el paciente esta consiente, tranquilizarle y explicarle el procedimiento. Advertir al paciente que va a ser aspirado y que puede experimentar falta de respiración.
- Colocar al paciente en posición semifowler si no hay contraindicaciones.
- Lavado de manos pues las aspiraciones deben ser asépticas.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Abrir el envoltorio de la sonda de aspiración (puede colocarse un paño estéril sobre el pecho del paciente).
- Colocar suero fisiológico en un recipiente estéril, o tomarlo directamente de la bolsa con una aguja de gran calibre.
- Preparar suero fisiológico en una jeringa de 10cc
- Colocar el Ambú en un lugar conveniente
- Ponerse los guantes estériles, mantener estéril la mano dominante y la otra mano limpia. Con la mano estéril coger la sonda, con la mano limpia coger el tubo o goma de aspiración.
- Si anteriormente, no se ha puesto en marcha el aspirador, ponerlo en marcha con la mano limpia mientras la sonda de aspiración sujeta con la mano esteril y regular su presión.
- Lubricar la sonda de aspiración
- Antes de comenzar, se oxigenara al paciente previamente y se mantendrá durante un minuto después de la espiración. Utilizar el modo automático de FIO2 100% del respirador
- con la mano dominante se procede a introducir la sonda de aspiración, con la otra mano no estéril se coge la goma o el tubo de aspiración.
- Introducir la sonda pinzándola y por tanto desconectando la presión de aspiración.
- Para evitar lesionar la mucosa, no realizar movimientos bruscos hacia arriba o abajo mientras se introduce.
- Cuando la sonda alcance la Carina (bifurcación bronquial), se notara resistencia y el paciente toserá, no avanzar más.
- Mientras se aspira rotar la sonda suavemente y retirarla con un movimiento continuo sin volver a introducirla.
- La aspiración No debe ser traumática, debe introducirse lo más posible pero sin forzar.
- Entre aspiración y aspiración se darán emboladas con ambu y 2cc de suero fisiológico para movilizar secreciones, cuando un paciente presenta aspiraciones espesas.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Una vez se ha procedido a la aspiración, se introduce la sonda en suero fisiológico para aclarar.

- En primer lugar se aspiran las secreciones traqueales y posteriormente las secreciones de la faringe y boca.

- Las aspiraciones deben ser de corta duración, no más de 10 segundos y en caso de hipoxia no más de 5 segundos.

- Se utilizara una sonda por cada aspiración.

- En caso de recogida de esputo para cultivos se hará pinzado y despinzado el terminal conectado a aspiración.

- Esta muestra se enviara inmediatamente tras su obtención de laboratorio, pasados 15 minutos la muestra no es válida para cultivo, sobre todo para anaerobios.

- Una vez finalizado el procedimiento se procederá a lavarse las manos.

- Hay que controlar:

- . La saturación de O2 mientras dure la aspiración, evitando la hipoxia prolongada del paciente.

- . Si está conectado a un monitor cardiaco controlar presión arterial, frecuencia cardiaca, arritmias, bradicardias

- . Observar la coloración de la piel.

- . En el caso de que la sonda de aspiración haga tope con algún obstáculo, puede tratarse de algún tapón de moco.

- Registrar las observaciones:

- . Incluyendo los datos de valoración antes y después de la aspiración.

- . Hacer constar el color consistencia y cantidad de las secreciones

- . Anotar también reacciones adversas al realizar la aspiración.

- Las complicaciones más frecuentes.

- . Broncoespasmos

- .Hipoxia

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

. Bradicardia, pudiendo llegar al paro cardiaco por estimulación vagal

.Traumatismo de tráquea y bronquios por presión excesiva de aspiración, o manejo brusco de la sonda

. Infección por mala técnica.

PROCEDIMIENTO DE CANALIZACION DE VENA

DEFINICIÓN

Es el método por el cual se introduce un catéter para permitir el paso intermitente de medicamentos o líquidos intravenosos sin necesidad de mantener el goteo permanente del suero.

Indicaciones

Tener una vía venosa lista para pasar medicamentos o líquidos intravenosos

Equipos:	Catéter	Isodine Espuma
	Torniquete	Isodine Solución
	Antiséptico	Alcohol
	Algodón	Jeringas 5cc/10cc
	Gasas	Llave de tres vías
	Marcador	Guantes, equipo macro y/o microgoteo
	Esparadrapo ,	Micropore o cinta utilizada

*** EL PROCEDIMIENTO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA LA CANLIZACION DE UNA VENA SE DEBE REALIZAR EN DOS PASOS:

1. Limpiar o desgerminar lavar sitio de inserción con isodine espuma y luego solución

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

2. Desinfectar con antiséptico Alcohol

Procedimiento

- Identificar el paciente
- Lavado de manos Médico
- Colocación de guantes limpios
- Seleccionar venas distales comenzando por la vena dorsal de la mano y utilizar de ser posible la mano no dominante.
- Indicar al paciente que debe retirarse accesorios como pulseras, anillos, etc.
- Independiente del tratamiento la vena a canalizar debe ser de buen calibre.
- El cambio de equipos y dispositivo al igual que la venopunción debe realizarse cada 72 horas (3 días) pero cada día se debe realizar curación del sitio de inserción y cambio de esparadrapo
- Envasar en una jeringa de 5 o 10cc suero salino
- Purgar el equipo: no dejar las puntas sin protección si esto pasa el equipo se considera contaminado al igual si las puntas libres golpean alguna superficie
- Colocar el torniquete en el brazo del paciente identificando vaso a canalizar.
- Luego de identificar el sitio de punción, retirar el torniquete para la sepsia
- Realizar asepsia y antisepsia del sitio de punción**
- Colocar nuevamente Torniquete
- Insertar el catéter y aspirar para comprobar que la aguja está en vena
- Retirar el torniquete
- Inmovilizar el catéter teniendo precaución de no tapan la punta de la aguja
- Inyectar el suero salino y observar signos de infiltración en el sitio de inserción,
- Colocar llave de tres vías, fijar la vena con la cinta utilizada: esparadrapo, Micropore etc.
- Conectar el equipo ya sea LEV o medicación por horario.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Los medicamentos deben pasar diluidos mínimo en 50cc dependiendo orden médica.
- Al terminar el paso del medicamento tomar la jeringa con la que se probó la vena en la canalización y lavar la vena para que no queden residuos de medicamento que puedan obstruir el vaso al cristalizarse.
- La llave de tres vías debe quedar con sus correspondientes tapones y cerrada al paciente.
- Escribir la fecha, hora, calibre del venocath, iniciales de quien realiza la venopunción en el esparadrapo y también consignar el procedimiento en la hoja de procedimientos
- Luego del procedimiento, se realizara el registro en el formato de venopunción donde se llevara un control estricto de los cambios de venopunción y dispositivos empleados así como de las curaciones del sitio de inserción.

Todos los días en el turno de la mañana y luego del baño general, se realizara la curación de la venopunción: la cual se realizara con Glutaraldehido 2% y ssn0.9%, se cambiara la fijación y se escribirá la fecha de cambio, fecha de inserción y el no del catéter.

COLOCACION, MANIPULACION Y RETIRO DE GANTES ESTERILES

INTRODUCCION

La incidencia de infecciones intrahospitalarias son uno de los mejores indicadores de la calidad de la atención de las instituciones hospitalarias, por lo que se necesita la coordinación de los servicios clínicos y administrativos para que colaboren en forma conjunta con el fin de minimizar los riesgos que un paciente tiene de contraer algún tipo de infección, aumentando los costos de hospitalización para el paciente, el hospital y el país.

En la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias se encuentra inserto el uso de guantes estériles el cual es un procedimiento frecuente empleado en procedimientos invasivos o quirúrgicos y su objetivo es asegurar la técnica aséptica, teniendo en consideración que el uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Todas estas medidas serán logradas solo con el compromiso individual de cada uno de los profesionales que se ven involucrados en el cumplimiento de estos procedimientos.

Debe recordar que las manos agrietadas o con dermatitis favorecen la colonización con flora microbiana transitoria.

Esterilización: Es la eliminación completa de toda forma de vida microbiana de objetos inanimados incluyendo esporas. Puede conseguirse a través de métodos físicos, químicos o gaseosos.

Por lo tanto guante estéril es: el guante de látex, polivinilo o similar que está en condiciones de usar en área crítica proveniente de fábrica y es de un solo uso.

Su condición de estéril significa que no posee ningún tipo de vida microbiana o contaminante y por lo tanto de riesgo para el paciente.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Iniciar con:

Lavado de manos con jabón antiséptico según las normas y recuerde que:

- Debe usar uñas cortas, limpias
- No debe usar uñas artificiales ni pintura de uñas.
- Retire todo tipo de joyas (anillos, pulseras y reloj).
- Levante sus mangas a la altura del codo.
- El lavado de manos clínico es la medida más importante y la más simple para prevenir infecciones intrahospitalarias

Tome el paquete de guantes.

B) Verificar indemnidad del envoltorio, correcto viraje del control químico externo y observar fecha de vencimiento, cualquier alteración significa que no se puede usar esos guantes ya que estos no se encuentran estériles.

C) Abrir el paquete de guantes por donde se indica en el envoltorio

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

D) Sacar el sobre con los guantes y colocarle sobre un lugar plano, limpio seco y seguro. Tomar la línea media en la parte inferior y proceder a tomar los bordes y abrirlos hacia el exterior con la precaución de no tocar los guantes que se encuentran en el interior.

E) Abrir el primer doblez.

F) Dejar bien extendido el papel donde vienen los guantes, tomando el papel solo desde el borde.

G) Observar que los guantes estén rotulados de la siguiente manera:

“R” que significa Right para el guante que irá en la mano derecha

“L” que significa Left para el guante que irá en la mano izquierda

H) Hacer pinza con el dedo índice y pulgar de la mano dominante, tomar el guante por la base, introduciendo aproximadamente 1 cm. el dedo pulgar dentro del guante, levantar alejado del cuerpo y de objetos que pudiesen ponerse en contacto con ellos e introducir la mano en forma de pala con el dedo pulgar sobre la palma mirando hacia arriba y ajuste el guante a la mano.

I) Con la mano (que se tiene el guante puesto) en forma de pala, introducirla en el dobles del guante con los dedos mirando hacia usted.

J) Colocar la mano derecha en forma de pala mirando hacia arriba e introducir el guante en la mano izquierda. Ajustarlo calzando los dedos de la mano con el guante.

Si en el proceso del colocado de guantes estos quedan mal puestos, deben ser ajustados una vez que ambas manos estén enguantadas.

“Recordar que ahora las manos con guantes se encuentran estériles por

lo tanto no se debe tocar ningún objeto que no se encuentre estéril”

PARA EL RETIRO DE GUANTES:

- Para retirar el primer guante, tomar el borde por la cara externa dé vuelta completamente el guante.

- Para retirar el segundo guante, tomar del puño dar vuelta completamente el guante y desechar según norma.

- Realizar lavado de manos medico.

Recuerde que debe retirar todo objeto de las manos, incluso argolla de matrimonio.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Nota:

Sus manos están limpias pero no estériles, por lo que durante el proceso de colocación de los guantes usted no debe tocarlos con sus manos, cuerpo u otros objetos. Para lograr esto debe seguir cuidadosamente cada una de las instrucciones.

CARDIOVERSION

DEFINICION

Es el tratamiento de elección para la eliminación de las taquiarritmias cuando existe inestabilidad hemodinámica. También puede utilizarse para revertir una fibrilación auricular o un aleteo auricular estable desde el punto de vista hemodinámico, con recuperación del ritmo sinusal normal, es un tratamiento planificado.

La cardioversión puede ser eléctrica o farmacológica. La cardioversión eléctrica utiliza un dispositivo que se puede colocar dentro del cuerpo (interno) o por fuera del cuerpo (externo).

El desfibrilador consta de dos partes un generador de impulsos y unos electrodos (alambres), este primero puede implantar bajo la piel (desfibrilador cardioversor implantable DCI como un marcapasos o por fuera externo).

La descarga aplicar es suficiente para despolarizar todo el miocardio con lo que se produce supresión de cualquier actividad eléctrica tanto sinusal como ectópica, dando la posibilidad a que cuando se reinicie alguna actividad, sea el nodo sinusal con su mayor automatismo el que tome el mando.

Equipo

- Monitor desfibrilador, cardioversor, con osciloscopio, registro electrocardiograma.
- EKG y cables correspondientes
- Gel o pasta conductora
- Sedante o agentes farmacológicos, analgésicos por vía IV.
- Dispositivo de bolsa, válvula, mascara
- Medidor de flujo para administración de O2.
- Equipo para aspiración e intubación de emergencia.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Equipo de marcapasos de emergencia

Procedimiento

- Explicar detalladamente el procedimiento al paciente.
- Revisar prescripción de esta técnica en la historia clínica
- Mantener el paciente en ayunas horas antes del procedimiento
- Realizar controles previos de potasio en sangre y corregir en casos de hipopotasemia.
- Suspender la administración de digitalicos 24 horas antes del procedimiento para prevenir arritmias ventriculares. Probablemente no sea necesario hacerlo si el paciente tiene buena función renal y su potasio sérico esta normal. Si hay signos de intoxicación digitalica la cardioversión está contraindicada
- Realizar EKG completo de 12 derivaciones y canalizar una vía IV segura.
- Colocar los electrodos correspondientes y canalizar el paciente.
- Valorar los signos vitales durante el episodio de dolor y después de recibir la medicación.
- Usar anticoagulantes previo al procedimiento principalmente en pacientes reumáticos, por peligro de desprendimiento de trombos con un consecuente embolismo pulmonar o arterial periférico.
- Producir un periodo breve de inconsciencia para poder dar la descarga, solicitar apoyo al anesthesiólogo si el médico así lo requiere.
- No olvidar retirar los electrodos de las partes que así lo requieren
- Colocar el desfibrilador en modo de sincronización confirmando que los complejos QRS aparecen con un marcador que impliquen una sincronización adecuada con el ritmo del paciente en el EKG. La corriente debe aplicarse durante la onda T vulnerable. Si se administra un impulso en un momento inadecuado podría desencadenar una fibrilación ventricular.
- Seleccionar la cantidad de energía aplicar dependiendo de la arritmia a tratar.
- Mantener siempre a la mano el equipo de reanimación.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Asegurar un buen contacto con la piel, cubriendo las palas con gel conductor o con almohadilla para prevenir quemaduras. No usar el gel de EKG este comparte una resistencia eléctrica elevada.
- Colocar las palas del aparato: una pala a la izquierda del pezón izquierdo, en la línea axilar media y la otra inmediatamente a la derecha de la parte superior del esternón y debajo de la clavícula derecha (posición estándar). En las mujeres la punta de la punta de la paleta se coloca entre el quinto y el sexto espacio intercostal con el centro de la paleta en la línea axilar media. También puede utilizarse la ubicación Anteroposterior. La paleta anterior se ubica en le área precordial izquierda anterior y la paleta posterior por detrás del corazón en el área infraescapular izquierda.
- En el paciente con marcapasos permanente, evitar colocar las paletas en forma directa sobre el generador de pulsos.
- Desconectar la fuente del oxígeno durante la cardioversión verdadera y solicitar que se retiren las personas innecesarias.
- Confirmar que no haya nada cerca de la cama del paciente y apretar los botones de descarga con el complejo QRS en forma simultánea y mantenerlos hasta que el desfibrilador descargue.
- Observar el monitor para ver si la taquiarritmia se revierte y evaluar el pulso. Si se advierte pulso, evaluar los signos vitales y nivel de conciencia. Si no se ha restablecido el ritmo sinusal preparar de nuevo las palas e incrementar la energía según indicación y repetir la cardioversión.
- Administrar oxígeno según prescripción después de que la arritmia haya revertido, continuar controlando signos vitales y administrar fármacos según prescripción (vasopresores, inotrópicos)
- Examinar el tórax del paciente y observar (si hay quemaduras y tratarlas).
- Explicar al paciente y familia lo sucedido, ser empático y proporcionar apoyo emocional.
- Realizar registros de enfermería correspondientes.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

COLOCACION DE SONDA VESICAL

DEFINICION

El sondaje vesical consiste en la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.

El reconocimiento de la elevada incidencia de infecciones urinarias asociadas con el sondaje vesical ha hecho que esta técnica se utilice solo en caso de absoluta necesidad.

Indicaciones

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria
- Recoger muestra de orina esteril para análisis
- Determinar orina residual después de una micción espontanea.
- Permitir cicatrización de vías urinarias tras una cirugía
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria o administrar medicación
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes.
- En pacientes politraumatizados o con deterioro del estado de conciencia o intraoperatorio

Equipo

Estéril:

- Sonda Foley de dos vías de 14 a 16 (M), de 18 a 22 (H) y de 8 a 12 en niños
- Guantes
- Jeringa de 10cc
- Bolsa recolectora, Cistoflo
- Gasas
- Solución antiséptica
- Frasco recolector orina.
- Lubricante si se requiere

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

No estéril:

- Bandeja
- Esparadrapo
- Guantes
- Riñonera – pato
- Rótulos.

Procedimientos

- Comprobar que el procedimiento es el indicado
- Dar a conocer el procedimiento al paciente
- Acondicionar el equipo y llevar a la unidad al paciente.
- Brindar privacidad al paciente.
- Lavado de manos
- Preparar al paciente para el cateterismo vesical limpiando previamente la zona realizando aseo genital.
- Realizar el procedimiento de acuerdo a la técnica conocida.
- Cambiarse los guantes utilizando los estériles, realizar el paso de la sonda, comprobar que este en vejiga, evacuar ya sea conectando a Cistoflo o recolector, inflar el balón con la cantidad acorde a lo indicado en la sonda.
- Quitarse los guantes, traccionar la sonda para comprobar su colocación.
- Fijar la sonda al muslo, parte anterior si es mujer y en muslo parte superior si es hombre con esparadrapo ancho. No hacer presión.
- No dejar la bolsa a una altura superior de la vejiga, para evitar reflujo.
- Sujetar la manguera de drenaje a las sabanas formando un canal. La extensión de la manguera debe permitir facilidad en la movilización del paciente, sin producir acodaduras, ni presión.
- Retirar el resto del equipo.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Comprobar que haya eliminación de orina y correcta sujeción de la bolsa de drenaje a la cama.
- Realizar control de la ingesta y la eliminación
- Dejar cómodo al paciente y la unidad en orden. Una sonda vesical puede estar colocada hasta que la condición del paciente lo amerite, su cambio debe realizarse cada 14 días, pero todos los días se debe cambiar la fijación.

Retiro de la Sonda:

- Comprobar la indicación médica y avisarle del procedimiento al paciente.
- Llevar el equipo a la unidad del paciente y proporcionarle privacidad.
- Desocupar el Cistoflo o recolector, desconectar la sonda del Cistoflo.
- Desinflar el balón utilizando una jeringa.
- Hacer presión a la sonda vesical retirarla suavemente.
- Retirar el equipo y dejar al paciente y la unidad en orden
- Chequear con frecuencia al paciente y controlar si realiza micción espontanea.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se introduce al organismo sustancias Medicamentosas por diferentes vías.

Equipo

Medicamentos, bandeja con, torundas, antiséptico, jeringas, guantes, elementos de protección personal

NORMAS GENERALES

- Revisar las tarjetas con las ordenes medicas
- Avisar al médico, si el paciente hace una reacción posterior.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Anotar cuando no se puede dar el Mcto al Pcte
- Rotule los equipos de bomba con la fecha en que se deben cambiar (96 hrs)
- Coloque en la hoja el mcto y luego en que va diluido
- Coloque por bomba los goteos especiales (electrolitos entre otros)
- Aplique los 6 correctos (Pcte correcto, Mcto correcto, dosis correcta, vía Admón. correcta, Hora correcta y Mcto no vencido.
- Confronte la tarjeta de Mctos con la orden medica
- Haga el registro en la hoja TTO, evite los subregistros,
- Conserve estricta técnica aséptica
- Concéntrese en la realización del proceso
- No usar frascos que no tengan rotulo
- Lea 3 veces el frasco: al tomarlo del lugar, al envasarlo, al guardarlo
- De personalmente el Mcto al paciente y observe reacciones
- Conozca su dosis mínima, máxima y efectos colaterales
- No administre, registre o de los medicamentos preparados por otra persona
- Rote la tarjeta
- Coloque la fecha de Iniciación del mcto
- Consultar con la enfermera o medico si la orden no es legible
- Rotule tanto la bomba de infusión como las infusión, mezcla, fecha, hora, nombre de quien Admón.
- Realice Mezcla de nitroglicerina en frasco de vidrio y cambie cada 24 hrs la infusión se haya terminado o NO!!
- Los goteos de nitro prusiato de sodio, Inocor, cordarone, furosemida y adrenalina deben protegerse de la luz, y usar el quipo especial
- Nunca usar la nutrición parenteral para pasar otras soluciones

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Utilice un equipo de transfusión para cada unidad y concentrado globular (tomar SV antes)
- No pase medicamentos por la misma vía de trasfusión mientas se esté efectuando
- Pase el medicamento debidamente macerado, diluido, y pase con 20 cc de agua estéril tibia
- Coloque al paciente en posición Fowler para el paso de Mctos
- Deje pinzada la sonda 30 min después de admón. el Mcto.
- Realice las mezclas de Mctos y líquidos endovenosos, antes de purgar los equipos de bomba de infusión
- Programe la bomba de infusión, previo calculo, para 12 hrs, con: volumen total a pasar por cc/ hr
- Registre en la hoja de Kardex, TTO, evolución, control de I y E, todo lo realizado y observado

MEDICAMENTOS VIA ORAL: Procedimiento por medio del cual se introduce al organismo un medicamento por la vía oral, sea líquido o solido.

- Revise ordenes medicas
- Preparar el equipo y dejar listo
- Coloque sobre las tarjetas las copas de los medicamentos
- Explicar al paciente que se le va a administrar y procedimiento
- Suministre el medicamento al paciente, cerciorándose de su condición, y fíjese que lo haya deglutido
- Anotar el medicamento en la hoja de tratamiento y rote la tarjeta
- Observe las RAM del medicamento
- No diluya ni abra las capsulas
- No de medicamentos a pacientes inconscientes a menos que tenga sonda (diluir y pasar con jeringa)

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Triture y diluya las tabletas para facilitar su deglución
- Agitar los jarabes para que queden uniformes
- No administrar tabletas cuando este de color diferente o desecha
- Suministre las tabletas necesarias para igualar la dosis dada por el medico
- Explicar al paciente, que no degluta la tableta sublingual
- No admón. la tableta sublingual en pacientes que tengan vómito
- No Admón. a pacientes excitados, no con Cirugía de boca.

No dar a pacientes que tienen dificultad en la deglución

MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR:

- Es la aplicación de medicamentos que se hace en el tejido muscular, a través de la piel , pasando por el tejido celular subcutáneo.
- Elija el sitio del musculo de acuerdo a las condiciones del paciente
- Evite la aplicación de medicamentos en zona roja o endurecida (parálisis, Mal irrigado)
- Inyecte una cantidad máxima de 5 cc adulto y 2-3 niño cc
- Evite poner las inyecciones, en hueso, nervios, Vaso sanguíneo
- Aspire antes de introducir el liquido
- No diluya los medicamentos a menos que este indicado en los diluyentes de C/U.
- Tome la medida del glúteo del paciente, evitar lesionar el nervio
- Utilice técnica Aséptica
- Seleccione la jeringa, y la aguja dependiendo de las condiciones del paciente.
- Utilice aguja adicional cuando el medicamento viene en frasco, cambie la aguja antes de poner la inyección
- Recoja el musculo si la persona es muy delgada o si es niño

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Utilice la jeringa una sola vez
- Maneje estricta técnica aséptica
- Aplique los 6 correctos
- Salude y explique el procedimiento
- Descubra únicamente el sitio donde va aplicar la inyección, trace una línea imaginaria que va desde la cresta iliaca antero superior al extremo superior del pliegue interglúteo, divida esta región en 4 cuadrantes y aplíquela en el cuadrante superior.
- Desinfecte el área, del centro a la periferia en forma circular.
- Extraiga el aire de la aguja
- Introduzca la aguja con movimiento firme, en ángulo recto, con la piel templándola con los dedos índice y pulgar.
- Aspire halando suavemente hacia arriba, compruebe que no haya cogido vaso sanguíneo. Si perfora un vaso retire la aguja e intente de nuevo en otro sitio.
- Introduzca el líquido lentamente
- Retire la jeringa en un solo movimiento y haga presión con la torunda
- Deseche la jeringa
- Deje el paciente en posición cómoda
- Registre en la hoja de tratamiento

MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA: Procedimiento por el cual se administra un líquido medicamentoso en una vena superficial del organismo.

- Maneje estricta técnica aséptica
- Prepare el equipo
- Confronte la tarjeta con la orden en la historia clínica
- Lleve el equipo a la habitación
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Diluya los medicamentos que va a administrar siguiendo la técnica adecuada
- Compruebe la permeabilidad de los líquidos
- Coloque Buretrol a necesidad
- Pase el medicamento al goteo indicado
- Abra la llave del Buretrol una vez que termine la infusión de medicamentos para dar continuidad a los LEV
- Tenga en cuenta las precauciones para administrar medicamentos
- Seleccione bien y cuidadosamente la vena , sobre todo en las superficies de los brazos
- Desinfecte cuidadosamente la piel, limpiando del centro a la periferia, las veces que sea necesario.
- Compruebe antes de introducir el medicamento y durante todo el procedimiento, que el catéter este en vena.
- **OBSERVE Y EVITE LA EXTRAVASACION;** especialmente cuando se pone bicarbonato de sodio, y medicamentos anticancerosos, ya que puede producir necrosis.
- Si presenta alguna reacción medicamentosa suspenda la aplicación e informe
- No utilice la vía de nutrición parenteral total para medicamentos u otros fines
- Utilice un equipo para cada unidad de sangre y hemoderivados
- No pase medicamentos por la vía de transfusión de sangre y hemoderivados
- Aplique le medicamento IV por la parte distal del macro o micro goteo, previa asepsia
- Compruebe la permeabilidad de la vena, observando signos de flebitis
- No mezcle en buretrol medicamentos de uso parenteral (excepto los ordenados por el médico)
- Diluya los medicamentos en 100 cc de SNN si no está contraindicado

MEDICAMENTOS VIA SUBCUTANEA: Es la inyección que se aplica en el tejido celular subcutáneo atravesando la piel. En la inyección subcutánea se aplican líquidos en

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

cantidades que no deben ser mayores a 1 cc, y se aplica haciendo ángulo de 45 grados. La absorción es más lenta que por vía intramuscular.

- Conserve estricta técnica aséptica
- Prepare el equipo
- Confronte la tarjeta con la orden en la historia clínica
- Lleve el equipo a la habitación
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración
- Coloque al paciente en posición cómoda y descubra el área de aplicación
- Envase el medicamento
- Elija el sitio adecuado
- Desinfecte del centro a la periferia
- Extraiga el aire de la jeringa
- Traccione la piel con una mano y en forma oblicua (ángulo de 45 grados) introduzca la aguja
- Retire la aguja con movimiento fino y rápido y haga presión con el algodón, suavemente en el sitio de aplicación
- Deseche jeringa y aguja
- Rote el sitio de aplicación (sobre todo si es insulina)
- Deje al paciente cómodo
- Registre en la hoja de tratamiento

ADMINISTRACION DE GOTAS EN OJOS: Es la aplicación de una solución medicamentosa en la conjuntiva del ojo, como instalación de gotas

- Conserve estricta técnica aséptica
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración
- Coloque al paciente acostado o sentado con la cabeza hacia atrás

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Tome 2 torundas humedecidas y limpie lo/ el (s) ojo (s) del ángulo interno al externo, o de lo contrario si está infectado.
- Apoye la mano que sostiene el gotero sobre la frente, instale las gotas en la superficie conjuntival.
- Limpie el exceso de medicamento
- Cubra el ojo después de instilar el medicamento si así esta ordenado
- Pida al paciente que se quede en esta posición por unos minutos
- Registre en la hoja de medicamentos

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA OTICA: Consiste en la introducción de una pequeña cantidad de liquido en el oído externo

- Conserve técnica aséptica
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración.
- Coloque al paciente con la cabeza inclinada del lado contrario , donde se va a echar las gotas
- Instile las gotas ordenadas
- Pida al paciente que mantenga en esta posición por 5 minutos
- Registre en la hoja de tratamiento

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA NASAL: Es la aplicación de medicamento en forma de gotas por la nariz

- Organice el equipo y llévelo a la habitación del paciente
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración.
- Coloque al paciente con hiperextensión de cabeza
- Levante la punta de la nariz e instile las gotas según orden medica
- Pida al paciente que se quede en esta posición por unos minutos
- Registre en la hoja de tratamiento.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Para la aplicación de un aerosol por la nariz se puede cerrar la fosa nasal por donde no se aplica el aerosol e inspirar profundamente, mientras se pasa el medicamento.

ADMINISTRACION VIA CUTANEA: Es el proceso por medio del cual se administran sustancias medicamentosas en la piel buscando una determinada acción en este sitio.

- Organice el equipo y llévelo a la habitación del paciente
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración.
- Descubra el área y protéjala de contacto con la ropa del paciente.
- Haga limpieza del área y administre el medicamento.
- Aplique el medicamento con bajalenguas o guantes y déjelo secar.
- Observe los efectos inmediatos Alergias, prurito, temperatura alta.
- Si se ordeno técnica oclusiva, cubra con apósito y sostenga con vendaje de tela (cámbielo en un tiempo prudencial si observa mucho exudado)
- Deje al paciente cómodo y registre en la hoja de tratamiento

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA RECTAL: Es la aplicación de un medicamento en el recto con el fin de conseguir un efecto local o general, como ungüentos o supositorios

- Organice el equipo y llévelo a la habitación del paciente
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración.
- Coloque al paciente en SIMS izquierdo, si esta en malas condiciones higiénicas, realice la limpieza.
- Coloque caucho protector
- Deje listo el supositorio y póngase los guantes
- Con el papel higiénico en la una mano y el supositorio en la otra, proceda a separar los glúteos.
- Pida al paciente que respire con la boca abierta e introduzca el supositorio empujándolo con el dedo índice.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Dígale al paciente que se quede en esta posición por unos 15 minutos.
- Seque con el papel higiénico cualquier suciedad.
- Registre en la hoja de tratamiento

ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA VAGINAL

- Organice el equipo y llévelo a la habitación del paciente
- Salude al paciente, explique el procedimiento, y pida su colaboración.
- Coloque al paciente en posición ginecológica.
- Deje listo el ovulo quitándole la envoltura
- Colóquese los guantes
- Con una mano abra los labios mayores, localice el orificio vaginal e introduzca lenta y profundamente el ovulo.
- Coloque al paciente en posición decúbito dorsal, piernas cruzadas y pídale que permanezca en reposo.
- Organice el equipo
- Registre en la hoja de tratamientos médico

Procedimiento

- Confirmación de órdenes médicas, revisión de tarjeta
- Revisión del recipiente de medicamentos del paciente.
- Realizar devolución respectiva
- Solicitud de medicamentos de acuerdo a unidosis hasta las 12m
- Antes de las 10:00 am enfermería entrega al personal de farmacia los rips de devolución con los sobrantes y el nuevo rips de solicitud del día
- El personal de farmacia de acuerdo a solicitud dispensa los medicamentos requeridos por el personal
- El personal de farmacia antes de las 12m entrega al personal de enfermería el pedido respectivo

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- El auxiliar de enfermería revisa la entrega y correspondiente registro
- El personal de enfermería dispone en el el servicio el recipiente con los medicamentos en el lugar de cada paciente
- El personal de enfermería prepara el sitio en trabajo limpio para la preparación de los medicamentos.
- De acuerdo al horario saca las tarjetas ya confirmadas en la historia clínica de cada paciente y organiza para desarrollar la actividad
- Lavarse las manos
- Utilizar elementos de protección personal
- Organizar medicamentos – bandeja con según protocolo
- Con el apoyo de tarjetas de medicamentos seleccionar el recipiente el medicamento para ser administrado.
- Preparación de medicamentos de acuerdo a protocolo.
- Una vez envasados los medicamentos se coloca en la bandeja
- Se administra el medicamento paciente x paciente verificando los 5 correctos y la permeabilidad de la vena y funcionamiento de la bomba de infusión si es el caso.
- Si hay dilución sobrantes que pueda ser reutilizables en menos de 12 horas si el medicamento lo permite deben ser marcados en la jeringa, con los siguientes datos: numero de cama, medicamento, dilución, concentración por cc, fecha y hora
- Una vez aplicado el medicamento registrar en el formato respectivo
- Anotar insumos gastados
- Material papel no contaminado bolsa verde
- Material contaminado y jeringas, Material de vidrio, bolsa roja
- Líquidos: desechar en el área sucia.
- Agujas sin capuchones en el recipiente de cortopunzantes

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Con la tarjeta de medicamentos se hace verificación de las existencias de los medicamentos para las 24 horas. En caso de sobrar inmediatamente se realiza el procedimiento de devolución

Devolución de Medicamentos

- Luego de tener ordenes médicas, se revisa con tarjeta y recipiente de medicamentos los sobrantes de medicamentos no administrados se relacionan en el rips de cobro adicionando X en Devolución
- En el recipiente de medicamentos se organizan y relacionan para su devolución
- Farmacia revisa y hace el respectivo descuento en el sistema

INTUBACION ENDOTRAQUEAL

DEFINICION

La intubación endotraqueal es la técnica mediante la cual se coloca un tubo directamente en la tráquea, bajo visualización directa de las cuerdas vocales. Si la ruta de intubación es a través de la boca se le llama intubación orotraqueal y al tubo se le denomina orotraqueal. Si se realiza a través de la nariz es intubación nasotraqueal y al tubo se le denomina nasotraqueal. Se realiza con el objetivo de disponer de una vía aérea artificial, cuando hay dificultad respiratoria que no se puede tratar con medios más sencillos.

Indicaciones

- Insuficiencia respiratoria: apnea, hipoxia, hipoventilación.
- Obstrucción de la vía aérea superior: edema, traumatismo, sangrado, tumores, cuerpo extraño.
- Incapacidad para proteger la vía aérea de la aspiración: alteración del estado mental, pérdida de reflejos respiratorios normales.
- Necesidad de hiperventilación: lesión encefálica
- Compromiso inminente o anticipado de la vía aérea: choque, traumatismo múltiple, necesidad de sedación o relajación muscular.
- Inefectividad en la eliminación de secreciones
- Función insuficiente de la pared torácica: síndrome de guillain- Barré.
- Proporcionar ventilación mecánica

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- En algunos casos para intervenciones quirúrgicas.

Equipo

- Tubos endotraqueales de varios tamaños.
- Conductor o guía metálica
- Pico de aspiración orofaríngea tipo yankauer
- Anestésico local: Xylocaina tópica en Spray
- Jeringuilla de 5cc para insuflar el manguito
- Guantes estériles
- Mango de laringoscopio
- Hojas de laringoscopio: curvas (Maclintosh), rectas (miller), larga y mediana.
- Bolsa de reanimación manual (Ambú) con mascarilla, conectada a una fuente de oxígeno al 100%.
- Bajalenguas
- Sistema de aspiración de secreciones de pared o portátil
- Equipo de aspiración de secreciones: sondas nelaton, recipientes para solución salina, guantes y gasas estériles.
- Cánula orofaríngea (guedell – mayo)
- Material para fijar tubo: esparadrapo, cinta reata.
- Fuente de oxígeno con mangueras corrugadas y pieza en T
- Medicamentos: sedantes, relajantes musculares.
- Jeringuillas de 3 y 5 cc

Procedimiento:

- Informar el procedimiento al paciente y/o familia, si es posible.
- Preparar el equipo y materiales para llevarlo al paciente.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Lavado de manos.
- Conectar el pico de aspiración yankauer a la manguera de succión.
- Aspirar la orofaringe.
- Con la mascarilla del Ambú, proveer 3 respiraciones de hiperinsuflación e hiperoxigenación con oxígeno al 100%.
- Administrar medicación según prescripción: sedantes y relajantes musculares
- Si es necesario, insertar guía en el tubo endotraqueal seleccionando asegurándose que no sobresalga del extremo del tubo, pues podría lesionar la tráquea.
- Controlar que el médico utilice técnica estéril y estándares universales en la realización del procedimiento.
- Asistir al médico durante la inserción del tubo.
- Con la mano izquierda se introduce el laringoscopio por el lado derecho de la boca, apartando la lengua hacia la izquierda a la vez que se progresa hasta llegar con la punta de la pala al receso glosoepiglótico (vallécula). Se debe ir traccionando hacia adelante y arriba sin flexionar la muñeca. A continuación introduciremos el tubo endotraqueal con la mano derecha por ese lado de la boca hasta ver desaparecer el globo distal de aquél a través de las cuerdas vocales.
- Una vez terminada la intubación. Controlar la colocación del tubo, proporcionando respiraciones con el Ambú:
 - . Auscultar las bases pulmonares y los vértices en busca de ruidos respiratorios bilaterales, ya que a veces involuntariamente se introduce el tubo en el bronquio derecho, debiendo sacarlo un poco hasta dejarlo en posición correcta en la tráquea.
 - . Inspeccionar en busca de expansión torácica bilateral simétrica.
 - . Auscultar sobre el epigastrio.
- Una vez comprobada la colocación del tubo:
 - . Con la pieza en T conectar al paciente a la fuente de oxígeno humidificado.
 - . Inflar el globo (manguito neumotapomiento) del tubo endotraqueal con 5 a 10cc de aire (18 a 20mmHg)
 - . Fijar el tubo al paciente y aspirar (si es necesario).

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Dejar cómodo al paciente y el equipo en orden
- Lavado de manos
- Solicitar RX de Tórax de control.
- Realizar informes y registros de enfermería.

COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA

DEFINICION

Consiste en pasar una sonda de pequeño calibre por una narina, haciéndola avanzar a través de la orofaringe y el esófago hacia el estómago. La intubación gástrica también puede llevarse a cabo insertando la sonda por la cavidad oral y avanzándola a través de la orofaringe y esófago hacia el estómago (intubación orogástrica).

Indicaciones

- En el preoperatorio de cirugía abdominal para vaciar el estómago de sangre y de secreciones de ácido péptico o para descomprimirlo.
- En el postoperatorio de cirugía abdominal, para descomprimir el tracto gastrointestinal hasta que se recupere el peristaltismo y evitar complicaciones como el íleo paralítico
- Para administración de medicación o realizar lavados gástricos, en estados que pongan en peligro la vida del paciente.
- En presencia de trauma abdominal.
- Para alimentación con fines terapéuticos.
- Para extraer muestras de contenido gástrico, destinadas a pruebas diagnósticas
- En obstrucción intestinal para drenar el jugo gástrico, concretamente en el intestino delgado conectando a succión para evitar la emesis.
- En caso de hemorragia digestiva superior

Equipo:

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Sonda nasogástrica (SNG) de calibre: sonda Levin de 12 a 18 para un adulto, sonda de 8 a 14 para un niño.
- Lubricante hidrosoluble
- Riñoneras
- Vaso con agua
- Esparadrapo
- Jeringa de 10 o 20cc
- Estetoscopio
- Esparadrapo
- Guantes Limpios

Procedimiento

- Explicar el procedimiento al paciente para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración, si el paciente está consciente.
- Lavado de manos
- Colocar al paciente en posición Fowler o de cubito lateral izquierdo (a menos que hubiese contraindicación) para facilitar el paso de la sonda hacia el estómago y prevenir la aspiración
- Llevar el equipo completa a la unidad del paciente.
- Colocarse los guantes
- Realizar medición para determinar hasta donde insertar la SNG colocando la sonda desde la punta de la nariz, al lóbulo de la oreja y desde aquí hasta el apófisis xifoides. Colocar una marca con esparadrapo.
- Evaluar la permeabilidad de las narinas: ocluir una narina por vez; solicitar al paciente que respire a través de la nariz; elija la narina con menor flujo aéreo. La narina con menor flujo aéreo y permeabilidad facilita la inserción y mejora la tolerancia del paciente a la sonda.
- Enrollar la SNG desde el extremo en los dedos de la mano para reducir la rigidez de la misma.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Lubricar los primeros 10cm de la sonda con lubricante hidrosoluble, para disminuir la lesión e irritación de la mucosa durante la inserción.
- Insertar la SNG en el paciente con la cabeza recta e introducirla dirigiéndola hacia abajo.
- Cuando la SNG llegue a naso-faringe habrá resistencia, indicar la paciente que baje ligeramente la cabeza y que degluta, se puede ayudar tomando un sorbo de agua, esto hace que la epiglotis cierre el acceso hacia la tráquea y dirija la sonda hacia el esófago.
- Introducir poco a poco la SNG hasta la longitud marcada, sin forzarla, observando signos de alarma.
- Para confirmar el éxito de la colocación aspirar con la jeringa contenido gástrico. Luego con la misma jeringa introducir de 10 a 20cc de aire y auscultar un rápido burbujeo ya que el estómago es un órgano hueco. También colocar en le extremo distal de la sonda un vaso con agua, que si hay burbujeo significa que la sonda esta en vía aérea por lo cual habría que retirarla de inmediato.
- Fijar la SNG con esparadrapo suave, evitando hacer presión sobre las fosas nasales, para mantener una posición correcta y evitar un posible desprendimiento inadvertido.
- Unir la sonda al drenaje y dejarla en posición adecuada.
- Reevaluar la posición de la sonda antes de la instalación de cualquier medicamento o alimentación.
- Irrigar la SNG, antes y después de la administración de medicamentos o alimentación con 20 a 30cc de solución fisiológica asegurando su permeabilidad.
- Recoger el equipo y dejar la unidad y el paciente en buenas condiciones de comodidad y limpieza
- Lavado de manos
- Realizar registros correspondientes.

Retiro de la Sonda Nasogástrica

- Valorar el drenaje gástrico, los ruidos intestinales, gases, vómito y la distensión abdominal del paciente. Si la sonda se puede retirar sin peligro, reunir el equipo necesario compuesto por: guantes, toalla, tijeras, jeringa y solución fisiológica.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Explicar el procedimiento al paciente, indicando que tendrá malestar nasal estornudos o náuseas. Acondicionarlo en posición semifowler, poner la toalla encima del tórax y dar la paciente pañuelos de papel.
- Colocarse los guantes y luego de limpiar la sonda con 10cc de solución fisiológica, esto asegura que la sonda este libre y lejos de la mucosa gástrica.
- Pinzar la sonda sosteniéndola con la mano. Pedir al paciente que haga una respiración profunda y que la mantenga mientras se retira la sonda. Es probable que el paciente estornude y tenga náuseas justo después de retirar la sonda. Brindar los cuidados bucales necesarios.

PROTOCOLO LAVADO MANO

INTRODUCCION

Con el propósito de unificar las indicaciones y lograr la adhesión de los trabajadores de la salud, la OMS recomienda cinco momentos en los que se requiere realizar la higiene de las manos.

PROBLEMA:

Elevada incidencia de infecciones intrahospitalarias ocasiona estancia prolongada y complicaciones que pueden llegar a la muerte, además del consiguiente aumento de costos en la atención

SOLUCION:

La primera iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente, “Una Atención Limpia es una Atención más Segura” se preocupa de buscar el compromiso y la acción a escala mundial en lo que respecta a la reducción de Infecciones: La Higiene de Manos es una de las estrategias.

Para ello propone el enfoque “Mis Cinco Momentos Para la Higiene de Manos”, el cual se plantea como el método de referencia para el desempeño adecuado, la enseñanza y evaluación de la higiene de las manos. El método “Los cinco momentos para la higiene de manos”, ha sido ampliamente estudiado y aplicado en la práctica clínica basado en los siguientes principios teóricos.

Riesgo de contaminación para el trabajador de la salud: Se presenta durante las actividades clínicas, al entrar en contacto con el paciente o al tocar una superficie inanimada contaminada (zona del paciente). Está formada por el paciente y el espacio ubicado a su alrededor, incluye cama, sábanas, sillas, monitores, etc. Estos equipos se

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

contaminan por contacto directo con el paciente o cuando el trabajador de la salud los manipula con sus manos contaminadas.

Los sitios críticos de contacto: Son aquéllos en los cuales se puede entrar en contacto directo con fluidos corporales, por la existencia de dispositivos colocados al paciente (sonda vesical o venoclisis) o por la piel expuesta.

La zona para la atención en salud: corresponde a las áreas lejanas al paciente, las cuales pueden estar contaminadas por gérmenes multirresistentes presentes en el ambiente hospitalario.

Oportunidad para la higiene: La mano contaminada del trabajador de la salud es el elemento más importante para la transmisión de gérmenes en la institución. Por lo tanto, el movimiento del trabajador de un área a otra o el cambio de actividad determinan el momento para la higiene de manos y definen el concepto de oportunidad para la higiene.

Efecto de la higiene: la realización de las técnicas de higiene de manos previenen la transmisión de gérmenes entre paciente y paciente, la infección endógena y exógena del paciente, la infección del trabajador de la salud y la contaminación del ambiente hospitalario. A partir de estos principios teóricos, se indican los siguientes momentos clínicos para realizar la higiene de manos:

PRIMER MOMENTO: Antes del contacto con el paciente

Explicación

Impacto

Actividades

Fuente de contaminación: superficies del ambiente hospitalario Receptor: cualquier superficie en la zona del paciente Prevenir la transferencia de microorganismos. Previene la colonización del paciente. Saludar al paciente Movilización del paciente Bañarlo Tomarle el pulso Tomarle la temperatura Tomarle la presión arterial Palpación abdominal Auscultación torácica

SEGUNDO MOMENTO: Antes de realizar una actividad aséptica Este momento corresponde a la manipulación o colocación de un dispositivo, independientemente de si el trabajador de la salud utiliza guantes.

Explicación

Impacto

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Actividades

Fuente de contaminación: superficies del ambiente hospitalario Receptor: área limpia del paciente Previene la introducción directa de gérmenes al paciente: infección endógena. Cuidado dental

Aspiración de secreciones Cuidado de piel lesionada Cuidado de heridas

Inyección subcutánea Inserción de catéter

Punción lumbar.

Apertura de accesos vasculares.

Preparación de alimentos.

TERCER MOMENTO: Después del contacto con líquidos corporales o excreciones, membranas mucosas, piel no intacta o manipulación de apósitos de heridas

Explicación

Impacto

Actividades

Fuente de contaminación: fluidos del paciente Receptor: cualquier superficie hospitalaria Previene la infección del trabajador de la salud. Reduce el riesgo de transmisión de un sitio colonizado a un área limpia del mismo paciente. Cuidado dental

Aspiración de secreciones Cuidado de piel lesionada Cuidado de heridas

Inyección subcutánea Manipulación de cualquier sistema de drenaje de fluidos: tubos endotraqueales, catéteres urinarios y sondas nasogástricas

Manipulación de residuos hospitalarios

Limpieza de instrumentos médicos

Igualmente, se recomienda la higiene luego de retirar los guantes estériles (II) o los guantes no estériles.

CUARTO MOMENTO: Después del contacto con el paciente

Explicación

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Impacto

Actividades

Fuente de contaminación: superficies en la zona del paciente Receptor: superficie de ambiente hospitalaria u otro paciente Reducción de transmisión cruzada y de la contaminación del ambiente Saludar al paciente Movilización del paciente Bañarlo Tomarle el pulso Tomarle la temperatura Tomarle la presión arterial Palpación abdominal Auscultación del tórax

La diseminación de gérmenes en la superficie corporal puede facilitarse cuando el trabajador de la salud examina las superficies contaminadas del paciente, como heridas abdominales, y posteriormente entra en contacto con áreas corporales consideradas como limpias. Por esta razón, cuando el trabajador de la salud mueve la mano de un área corporal contaminada a otra en un mismo paciente, debe realizarse higiene de manos.

QUINTO MOMENTO: Después del contacto con superficies inanimadas u objetos ubicados en el área del derredor del paciente (zona del paciente).

Explicación

Impacto

Actividades

Fuente de contaminación: superficies en la zona del paciente aunque no se examine el paciente Receptor: superficie del ambiente hospitalario u otro paciente Reducción de la transmisión cruzada y de la contaminación del ambiente Cambio de sábanas

Cambio de velocidad de goteos

Manipulación de monitores Mover las cortinas

Mover la mesa de alimentación

Además este método se constituye en una herramienta para identificar los momentos en los que la higiene de manos debe ser realizada, así como para distinguir aquellos en los que no es útil. A continuación se presenta un esquema que resume el enfoque:

DESARROLLO DE LA SOLUCION

Higiene de Manos

Término general que se refiere a cualquier acción de limpieza de las manos

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

-Lavado de manos con antisépticos o antimicrobianos (Agua y detergentes)

-Limpieza de manos con antiséptico: Aplicación de un antiséptico para las manos con la finalidad de disminuir o inhibir el crecimiento de microorganismos sin necesidad de agua, ni secado.

Cómo Aplicar “Mis Cinco Momentos en la Higiene de Manos”

Como se observa en el esquema anterior, dos de los cinco momentos para la higiene de manos ocurren antes del contacto o realización de un procedimiento de atención de la salud y los otros tres se producen después de un contacto o la exposición a los fluidos corporales.

Las indicaciones correspondientes a los momentos "antes de" indican la necesidad de prevenir el riesgo de transmisión microbiana al paciente. Las indicaciones "después de" están destinadas a prevenir el riesgo de transmisión de microbios al trabajador de la salud y al área de atención en salud (es decir, otros pacientes, su entorno y el medio ambiente para la atención de la salud).

Durante una secuencia de actividades de cuidado de la salud, ciertas indicaciones pueden coincidir en el mismo momento y como resultado, sólo una acción higiene de las manos es necesaria. Esto quiere decir que no necesariamente siempre se van a requerir los cinco momentos de higiene de manos en una atención determinada, pero el trabajador de la salud debe estar en capacidad de identificar la oportunidad de efectuar la higiene de manos en cualquiera de los momentos en que se requiera.

Los cinco momentos se detallan a continuación:

Momento 1: Antes del contacto con el paciente

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con el área de atención de la salud y el próximo contacto con el paciente. Este momento se produce antes de ponerse en contacto con la piel intacta y la ropa del paciente. La acción de higiene de las manos se puede realizar tanto al entrar en la zona del paciente, cuando se acerque o inmediatamente antes de tocarlo. Aunque se puede producir el contacto con superficies en el entorno del paciente, por tocar cosas entre el momento de entrar en la zona del paciente y el contacto con el paciente; la higiene de manos no se requiere antes de tocar estas superficies, pero sí antes del contacto con el paciente. De otra parte, si se realiza la higiene de manos y se tiene un contacto “inicial” con el paciente y posteriormente hay otros contactos de la misma especie o con el entorno del paciente, no es necesario repetir la higiene de las manos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Ejemplos que ilustran el contacto directo: Antes de: Darle la mano al paciente, asistirlo en sus actividades personales, examinarlo o brindarle un tratamiento no invasivo (aplicar una máscara de oxígeno, tomar la tensión arterial, realizar un electrocardiograma, realizar fisioterapia).

Momento 2: Antes de un realizar una tarea limpia o aséptica

Este momento se produce inmediatamente antes de acceder a un sitio crítico con riesgo de infección para el paciente.

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con cualquier superficie en el área sanitaria y en la zona del paciente (incluidos el paciente y su entorno), y cualquier procedimiento que implique un contacto directo e indirecto con mucosas, piel no intacta o un dispositivo médico invasivo.

Si los guantes se utilizan para realizar un procedimiento limpio o aséptico, la higiene de manos debe realizarse antes de ponérselos. Cualquier trabajador de salud que no tiene atención directa con el paciente, pero que trabaja en la preparación de un artículo destinado a estar en contacto con las mucosas o la piel no intacta del paciente (trabajador de central de esterilización, farmacéutico, cocinero) también debe tener en cuenta esta indicación.

Ejemplos que ilustran procedimientos limpios o asépticos: Antes de:

Aplicar gotas en los ojos del paciente, aplicar vacunas, realizar un tacto vaginal o rectal, examinar oídos, nariz o boca, succionar secreciones, realizar una punción, canalizar un vena, preparar medicamentos, vendar una herida, colocar dispositivos médicos invasivos (cánula nasal, sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, sonda urinaria)

Momento 3: Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos

Este momento se produce tan pronto como ha terminado una tarea que entrañe riesgos de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).

Esta indicación está determinada por la ocurrencia de contacto (aunque sea mínima y no visible), con sangre u otro fluido corporal y el próximo contacto con cualquier superficie, incluyendo el paciente, el entorno del paciente o el área sanitaria. Si el trabajador de la salud está usando guantes en el momento de la exposición a un líquido corporal, deben ser retirados inmediatamente y la higiene de las manos debe ser realizada.

Esta acción puede ser aplazada hasta que el trabajador de la salud haya dejado el entorno del paciente, si el trabajador sanitario tiene que eliminar y procesar algún equipo

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

(por ejemplo, un tubo de drenaje abdominal) siempre que él o ella sólo toquen este equipo antes de realizar la higiene de las manos.

Cualquier trabajador de salud que no tiene atención directa con el paciente, pero que está involucrado en la manipulación de fluidos corporales (bacteriólogo, auxiliar de laboratorio, patólogo) o con equipo contaminado (trabajadores de esterilización), o con residuos contaminados (trabajador de mantenimiento) también deben tener en cuenta esta indicación.

Ejemplos que ilustran el riesgo de exposición a fluidos corporales: Después de: Terminar el contacto con mucosas o piel no intacta del paciente, realizar una punción, colocar o retirar un dispositivo médico invasivo (retirar un catéter), retirar gasas y apósitos, manipular materia orgánica, fluidos corporales o superficies contaminadas (ropa de cama, instrumentos dentales, orinal, lavabos, etc.)

Momento 4: Después del contacto con el paciente

Este momento se produce al alejarse del paciente, después de haberlo tocado. Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con la piel intacta o ropa del paciente o una superficie en su entorno (tras el contacto con el paciente) y el próximo con una superficie en el área sanitaria.

La acción puede ser pospuesta hasta que los trabajadores de la salud han salido de la zona del paciente, si el trabajador de la salud tiene que eliminar y procesar equipos en instalaciones adecuadas, y siempre que él toque solo este equipo antes de realizar la higiene de las manos.

Es importante tener en cuenta que la indicación 4 no puede separarse de la indicación 1. Además, cuando los trabajadores de la salud toquen al paciente directamente y luego toquen otro objeto en el entorno del paciente antes de abandonar la zona, se aplica la indicación 4 y no la 5.

Ejemplos que ilustran el contacto directo: Después de: Despedirse de mano del paciente, haberlo asistido en sus actividades personales, realizar un examen físico no invasivo (tomar el pulso, la presión arterial, auscultar el pecho, tomar un electrocardiograma); haber realizado un tratamiento no invasivo (cambio de tendidos, colocar máscara de oxígeno, realizar la fisioterapia).

Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente

Este momento se produce después de tocar cualquier objeto o mueble al salir del entorno del paciente.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Esta indicación está determinada por la ocurrencia del último contacto con objetos inertes y superficies en el entorno del paciente (sin haber tocado el paciente) y el próximo contacto con una superficie en el área sanitaria.

Debe resaltarse que la indicación 4, "después del contacto con el paciente" y la indicación de 5 "después del contacto con el entorno del paciente" nunca se pueden combinar, ya que la indicación de 5 excluye el contacto con el paciente y la indicación 4 se aplica sólo después de contacto con el paciente.

Ejemplos que ilustran el contacto con el entorno del paciente: Después de: El último contacto con el entorno del paciente, esto es con todas las superficies u objetos inanimados como camilla, cama, mesita o del ajuste de equipos para la atención del paciente como abrir o cerrar la llave de goteo en una venoclisis.

Otras recomendaciones para la realización de las técnicas corresponden a:

- Antes de manipular los medicamentos o de preparar los alimentos, realice fricción antiséptica o lávese las manos con jabón antiséptico o jabón no antiséptico y agua
- El jabón no antiséptico y la fricción antiséptica no deben utilizarse en forma concomitante.
- No utilice uñas artificiales ni extensiones artificiales para las uñas cuando tenga contacto directo con el paciente.
- Mantenga las uñas cortas, se recomienda un tamaño menor de 0,5 cm de largo por delante del lecho ungueal.

Uso de guantes

En la higiene de manos se debe tener presente que el uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado.

Estos se deben utilizar siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, como mucosas o piel no intacta. Su uso exige quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente y no usar el mismo par para atender a más de un paciente.

Así mismo, se debe saber que si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, debe cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Estos no se deben reutilizar o si es necesario, deben reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica.

CONTROL DE SIGNOS VITALES

CONTROL DE TEMPERATURA	
DEFICONTROL DE TEMPERATURA	
NICION: Intensidad de calor corporal medida por un termómetro	
OBJETIVO: Conocer la temperatura corporal del paciente	
MATERIAL Y/O EQUIPO	PROCEDIMIENTO
Antiséptico Bolígrafo rojo Formulario de signos vitales Termómetro bucal y/o axilar 	Lavado de manos Preparar material y traslado al lado del enfermo Informar al paciente el procedimiento a realizar Preservar la intimidad al paciente Bajar el mercurio del termómetro a 35°C Comprobar que la axila del paciente este seca y libre de ropa Colocar el termómetro en el centro de la axila, indicando que ponga el brazo sobre el pecho Mantener el termómetro por 3 a 5 minutos Retirar y leer

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

OBSERVACIONES:

Limpieza del termómetro con agua fría y antiséptico – Secar - Realizar lavado de manos

Anotar en el formulario

En la lectura de la temperatura axilar aumentar 0,5°c.

CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

DEFINICION: Intercambio gaseoso entre el organismo y su entorno, consta de Inspiración y espiración.

OBJETIVO: Cuantificar en el paciente el número de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

MATERIAL Y/O EQUIPO

Formulario de signos vitales

Estetoscopio

Reloj con segundero



PROCEDIMIENTO

Realizar lavado de manos

Informar al paciente

Observar y contar las elevaciones del tórax y/o abdomen del paciente durante un minuto

Poner la mano o estetoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos para

contabilizar la frecuencia

Observar al mismo tiempo la regularidad,

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

	tipo y características de las respiraciones Anotar en los formularios
OBSERVACIONES: Al valorar la frecuencia respiratoria, comprobar si el paciente tiene hipertermia o presenta dolor.	

CONTROL DEL PULSO ARTERIAL	
DEFINICION: Serie de ondas de presión en el interior de una arteria por causa de las contracciones del ventrículo izquierdo y en correspondencia con el ritmo cardiaco	
OBJETIVO: Conocer la frecuencia y el ritmo cardiaco del paciente	
MATERIAL Y/O EQUIPO	PROCEDIMIENTO
Bolígrafo azul Formulario de signos vitales Reloj con segundero	Realizar lavado de manos Informar al paciente Elegir el lugar de palpación: radial, carótida, temporal o femoral Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (preferiblemente radial), haciendo una ligera presión Contar las pulsaciones durante un

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

	minuto Anotar en los formularios: Numero (x minuto) Ritmo (regular o irregular) Intensidad (fuerte o débil) Hora
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con estetoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el número de latidos en un minuto.</p>	

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL	
<p>DEFINICION: Resistencia que ofrecen las paredes arteriales contra la sangre circulante en ellas.</p>	
<p>OBJETIVO: Conocer y valorar la presión ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias del paciente durante un ciclo cardiaco</p>	
MATERIAL Y/O EQUIPO	PROCEDIMIENTO

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

<p>Bolígrafo verde</p> <p>Formulario de signos vitales</p> <p>Formulario 008</p> <p>Estetoscopio - Tensiómetro</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Comprobar funcionamiento del equipo</p> <p>Informar al paciente</p> <p>Preservar la intimidad del paciente</p> <p>Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina</p> <p>El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antero cubital a nivel del corazón</p> <p>Colocar el manguito del tensiómetro 2 cm. Por encima de la fosa antero cubital y rodear el brazo</p> <p>Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar</p> <p>Inflar el manguito unos 30 mmHg, por encima del punto en que deje de palpar el pulso braquial</p> <p>Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 o 3 mmHg, por segundo, manteniendo esta velocidad</p>
---	--

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

	<p>hasta la finalización de la técnica</p>
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima</p> <p>Retirar el instrumental Dejar al paciente cómodo Realizar lavado de manos Anotar en los formularios</p> <p>Si los valores están alterados, actuar según prescripción y/o comunicar al médico de guardia</p>	

RECIBO Y ENTREGA DE PACIENTES (TURNO/VIAJE)

DEFINICION:

Proceso mediante el cual se entrega y recibe información de los pacientes existentes en la unidad en una ronda conjunta con el personal auxiliar y de enfermería.

OBJETIVO:

Actualizar el personal de enfermería con los diagnósticos, tratamientos, procedimientos pendientes y planes de atención relacionados con los usuarios.

Mantener información entre los diferentes grupos de enfermería para dar continuidad a esta atención durante las 24 horas del día.

RESPONSABLES

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Auxiliar de enfermería
- Jefe de enfermería

EQUIPO

- Bitácora de enfermería (cuidados, pendientes)
- Hojas de registros de enfermería: signos vitales, medicamentos, control neurológico, REGISTRO DE VIAJE, etc.
- Registro Modulo Notas de Enfermería Software SIHOS

La entrega de turno se hará en forma de ronda con todo el grupo que recibe y las personas encargadas del paciente que se entrega, la información se da en forma conjunta

El auxiliar de enfermería hará entrega de los usuarios a su cargo teniendo en cuenta:

- Nombre completo de nuestro cliente incluyendo edad y cama.
- Diagnostico completo, actualizado diariamente.
- Evolución de su estado durante el transcurso del turno.
- Planes de enfermería y procedimientos médicos efectuados y otras actividades.
- Procedimientos pendientes, cuidados especiales y exámenes por realizar.
- Descripción del estado del paciente en forma cefalo caudal, teniendo en cuenta sondas, oxigeno y dispositivos, catéteres, heridas quirúrgicas, estado de las mismas, sonda vesical, inmovilizaciones, yesos, tutores, etc.
- Descripción en igual forma de mezclas según protocolo establecido, rata de infusión y dosis de infusión, en este momento verificar preparación, estabilidad de las mismas y recomendaciones según se necesiten.
- Revisar fechas de cambio de equipos, catéteres, venopunciones, buretroles y demás accesorios según protocolo existente.
- El personal a cargo de mensajería verificara laboratorios pendientes, medicamentos, patologías y material relacionado.
- Se verificara entrega de inventarios, equipos, material quirúrgico, material de esterilización con sus respectivos controles antes de salir del turno.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- El servicio se debe entregar igualmente en perfecto orden y aseo.

Informar sobre los cambios emocionales, control de líquidos y de glucometría, características de drenajes y secreciones, igualmente sobre el estado de heridas y la piel del paciente.

El grupo que recibe turno revisará y constatará la información recibida

Realizar un registro por escrito con el nombre de cada paciente, los aspectos más relevantes de su estado durante el turno y los pendientes a realizar en el turno siguiente.

Las entregas y recibo de turno se realizaran a los pies de la cama del paciente, si hay acompañante permanente se la solicitara esperar un momento.

REALIZACIÓN DE CRICOTIROIDOTOMÍA DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN:

La cricotiroidotomía es un procedimiento en el que se práctica una abertura quirúrgica en la membrana cricotiroidea para colocar una vía aérea. Se realizará con un equipo de cricotiroidotomía por el método de Seldinger, o bien por punción en una cánula a través de una aguja o un angiocatéter. Si no hay equipo de cricotiroidotomía, se emplea un angiocatéter de 14 G para niños mayores y de 12 G para niños pequeños, al que se adaptará una conexión de un tubo endotraqueal de 3 - 3,5 y ésta a un resucitador manual, con el que se puede administrar oxígeno al 100%.

OBJETIVO

El objetivo principal es liberar la vía aérea de secreciones y la obstrucción mecánica arriba o al nivel de la laringe. Este problema es frecuente en pacientes con tumores avanzados de laringe, faringe, tráquea superior, esófago y tiroides. También en individuos con edema postirradiación o después de cirugía. Se puede prever obstrucción en trauma maxilofacial severo, cuerpos extraños, parálisis bilateral de cuerdas vocales, anomalías congénitas, inflamación de la cavidad oral, faringe, laringe y tráquea. En caso de urgencia, se intenta primero intubación orotraqueal y segundo cricotiroidotomía temporal.

MATERIAL

Bisturí, tijeras, pinzas, mosquito, gasas, antiséptico local., cánula de traqueotomía, tubo flexible, angiocatéter de 12 y 14 G, jeringa de 10 ml, bolsa de ventilación autoinflable

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Equipo de cricotiroidotomía si se dispone de él (varios tipos).

Sistema mediante técnica de Seldinger (aguja, guía, dilatador, cánula).

Equipo de cricotiroidotomía



PROCEDIMIENTO

1. Con el dedo índice, se localiza la membrana cricotiroidoidea, la cual se encuentra entre el borde inferior del cartílago tiroideo y el borde superior del cartílago cricoides.
2. Si no existe lesión medular cervical, se puede realizar la extensión de la cabeza poniendo un rodillo debajo del cuello, mientras se palpa la membrana cricotiroidoidea.
3. Se punza (previa pincelación con antiséptico en la zona) la membrana en la línea media anterior del cuello, utilizando un angiocatéter de 14 o 12 G según la edad del paciente, o bien se emplea el equipo de cricotiroidotomía. La aguja, con una jeringa con suero, debe introducirse en ángulo caudal de 45°, para no lesionar las cuerdas vocales.
4. Cuando se aspire aire, introducir la cánula y retirar la aguja.
5. Conectar la bolsa autoinflable con reservorio de oxígeno, ventilar y comprobar la entrada de aire (fig. 7) por auscultación. Posteriormente, se conecta la cánula mediante un tubo a una fuente de oxígeno de alta presión.

Si se usa la técnica de Seldinger:

1. Introducir la aguja.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

2. Pasar varias veces el dilatador sobre la guía, para dilatar el orificio.
3. Pasar la cánula sobre el dilatador y retirar la guía y el dilatador.
4. Comprobar con la jeringa con suero que se aspira aire.
5. Ventilar con bolsa.
6. Fijar la cánula al cuello.

Técnica con QUICKTRACH:

1. Poner la cabeza del paciente en hiperextensión cervical.

Localizar la membrana cricotiroidea entre los cartílagos tiroides y cricoides. Estabilizar el punto de entrada con los dedos pulgar e índice.

Pinchar la membrana cricotiroidea. La apertura se crea por dilatación. Esto evita el riesgo de sangrado.

2. Avanzar el Quicktrach hasta el tope. El tope impide un avance muy profundo y así la perforación de la pared posterior. Para localizar la posición de la cánula aspirar aire con la jeringa. Si es posible la aspiración con aire, la aguja se encuentra en la tráquea.

3. Retirar el tope de la cánula.

4. Avanzar solamente la cánula de plástico sobre la aguja hasta que ésta quede firme al cuello. La aguja sirve en este caso de guía y no puede ser introducida más a fondo. Ahora retiramos la aguja.

5. Fijar la cánula con la cinta de fijación. Ventilar al paciente a través del conector estándar de 15 mm.

INDICACIONES

Heridas penetrantes de laringe y tráquea.

Traumas cráneoencefálicos con lesiones en estado de coma.

Obstrucción laríngea por cuerpo extraño.

Colapso de la tráquea por hematoma.

Enfisema mediastinal por herida del árbol tráqueo-bronquial.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Compromiso respiratorio por tórax batiente, neumotórax abierto o cerrado hipertenso y pulmón húmedo traumático.

Fracturas del macizo facial.

Edema de la base de la lengua, faringe o laringe por irritación, intoxicación o por absorción de gases tóxicos.

COMPLICACIONES

Asfixia.

Aspiración por ejemplo de sangre.

Perforación traqueal o esofágica.

Colocación incorrecta.

Celulitis.

Estenosis-edema subglótico.

Descanulización accidental, con el cierre subsiguiente de la vía aérea.

Creación de una falsa vía.

Estenosis laríngea.

Hemorragia o formación de hematomas si se puncionan los vasos tiroideos.

Heridas del esófago.

Enfisema mediastinal.

Parálisis de las cuerdas vocales, disfonía, ronquera.

Infección.

OBSERVACIONES Y/O ADVERTENCIAS

La cricotiroidotomía se emplea, únicamente, en los casos en los que sea imposible intubar al paciente, tales como: a) cuerpo extraño en la glotis; b) quemaduras en la glotis; c) traumatismos faciales graves; d) espasmo de glotis, y e) epiglotitis no intubable.

La insuflación continua de oxígeno puede revertir la hipoxia, pero no evita la acumulación de anhídrido carbónico; para lograr su eliminación, puede ventilarse al paciente por medio

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

de uno de los sistemas de ventilación existentes adaptados a la cánula. Si esto no es posible, la ventilación puede realizarse aplicando a la cánula un jet intermitente de oxígeno a 1-3 kg/cm² de presión. La espiración es pasiva y tiene lugar a través de la laringe; el jet de oxígeno genera una presión negativa en la traquea por efecto Venturi. El aire ambiente puede penetrar a través de la laringe si la obstrucción no es total; en caso de serlo, debe penetrarse la membrana cricotiroidea con otro catéter por el que tenga lugar la espiración

Debemos tener en cuenta una serie de contraindicaciones que pueden ser absolutas o relativas.

ABSOLUTAS:

Cuando existe la posibilidad de intubar con seguridad por vía oral o nasal al paciente.

Transacción de la tráquea.

Fractura de la laringe.

Rotura laringotraqueal.

RELATIVAS:

Niños menores de 8 años.

Diátesis hemorrágica.

PRIMERAS CAUSAS DE REMISION AÑO 2015:

1. Asociadas a enfermedades cardiacas
2. Asociadas a enfermedades respiratorias
3. Trauma en diferentes sistemas
4. Asociadas a enfermedades digestivas
5. Asociadas a enfermedades del sistema nervioso central
6. Asociadas a Enfermedades del periodo neonatal
7. Asociadas a dengue grave y choque
8. Asociadas al sistema renal
9. Asociadas a la gestación
10 Asociadas a cáncer

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULANCIAS

1. PROPOSITO:

Limpiar y disponer adecuadamente de los elementos que componen la dotación de las ambulancias, para prevenir riesgos de infección cruzada.

2. Responsabilidad

Es responsabilidad del personal de enfermería y conductores de cada vehículo para evitar infecciones que de allí se deriven.

3. AREAS QUE INTERVIENEN

- Coordinación de Enfermería
- Compras y almacén
- Coordinación de Enfermería
- Coordinación de Urgencias
- Central de esterilización
- Líder Referencia

4. DOCUMENTOS REFERENCIADOS

- Manual de Limpieza y desinfección Ese Hospital San Félix.

5. DEFINICIONES

Microorganismo: Es cualquier organismo vivo de tamaño microscópico, incluyendo bacterias, virus, levaduras, hongos, algunas algas y protozoos.

Normas de bioseguridad: Son las normas de precaución que deben aplicar los trabajadores en áreas asistenciales al manipular sangre, secreciones, fluidos corporales o tejidos provenientes de todo paciente y sus respectivos recipientes, independiente de su estado de salud, forman parte del programa de salud ocupacional.

Desinfección: Reducción del número de microorganismos a un nivel que no dé lugar a contaminación del alimento, mediante agentes químicos, métodos físicos o ambos, higiénicamente satisfactorios. Generalmente no mata las esporas.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Desinfectante: Cualquier agente que limite la infección matando las células vegetativas de los microorganismos.

Detergente: Material tensoactivo diseñado para remover y eliminar la contaminación indeseada de alguna superficie de algún material.

Hipoclorito: Es un desinfectante que se encuentra entre los mas comúnmente utilizados. Estos desinfectantes tienen un efecto rápido sobre una gran variedad de microorganismos. Son los más apropiados para la desinfección general. Como esté grupo de desinfectantes corroe los metales y produce además efectos decolorantes, es necesario enjuagar lo antes posible las superficies desinfectadas con dicho producto.

Limpieza: Es un procedimiento mecánico que remueve el material extraño u orgánico de las superficies que puedan preservar bacterias al oponerse a la acción de biodegradabilidad de las soluciones antisépticas.

Aseo diario de la unidad: Es la limpieza y arreglo que se hace diariamente de los elementos que componen la ambulancia, entre pacientes y al finalizar el turno

6. REQUISITOS

Para realizar la limpieza y desinfección se debe cumplir con los siguientes parámetros:

- Secar los objetos de metal para que no se oxiden.
- Lavar los equipos con detergente liquido desinfectante
- Hacer la desinfección con un desinfectante usado en la institución (Hipoclorito de sodio: dilución establecida)
- Aplicar las normas de bioseguridad
- Cambiar el agua cuantas veces sea necesario

7. DESCRIPCION

- Las toallas y bayetillas utilizadas en la desinfección se deben lavar con agua y detergente, aclarando a continuación con agua corriente. Con periodos de cambio dos veces al mes o según deterioro
- Seguidamente deben ser sumergidas unos minutos en una solución desinfectante de nivel intermedio o bajo.
- Abrir la ventana o puertas de la ambulancia

CAMILLAS

Principal :

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

1. Quite la sabana y colóquela en bolsa roja
2. Lave con detergente liquido desinfectante la colchoneta y la superficie de camilla, incluida las barandillas laterales y cinturones de seguridad, deje actuar el producto por 5 minutos y retire con paño humedecido con agua, mínimo tres veces.
3. Aplique solución desinfectante y deje actuar por 10 minutos y retire si es hipoclorito de sodio, para evitar la oxidación o deterioro de los insumos
4. Tienda la camilla y déjela en orden

Tabla de trauma:

1. Lave con detergente liquido desinfectante los cinturones de seguridad, deje actuar el producto por 5 minutos y retire con paño humedecido con agua, mínimo tres veces.
2. Aplique solución desinfectante y deje actuar por 10 minutos y retire si es hipoclorito de sodio, para evitar la oxidación o deterioro de los insumos

Auxiliar:

1. Quite la sabana y colóquela en bolsa roja
2. Lave con detergente liquido desinfectante la colchoneta y la superficie de camilla, incluida las barandillas laterales y cinturones de seguridad, deje actuar el producto por 5 minutos y retire con paño humedecido con agua, mínimo tres veces.
3. Aplique solución desinfectante y deje actuar por 10 minutos y retire si es hipoclorito de sodio, para evitar la oxidación o deterioro de los insumos
4. Tienda la camilla y déjela en orden

Equipo:

1. Lave los soportes de techo con detergente liquido desinfectante, aplique desinfectante de nivel intermedio o bajo nivel y deje actuar por 10 minutos
2. Lave riñonera y patos con detergente liquido desinfectante, aplique desinfectante de nivel intermedio o bajo nivel y deje actuar por 10 minutos. En caso de ser desechable disponga en la caneca de residuos biosanitarios.
3. Siga instrucciones de limpieza de cada succión y cambio de filtros, según lo recomendado por el fabricante. Lave el aspirador de secreciones con detergente liquido concentrado, aplique desinfectante de nivel intermedio o bajo nivel y deje actuar por 10 minutos. Los dispositivos de la succión que se esterilizan a vapor y/o baja temperatura son los frascos y mangueras, entréguelos limpios en la central de esterilización.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Los filtros de la succión se deben desechar en caso de patología infectocontagiosa, en la caneca de desechos biosanitarios

4. Los elementos de oxigenoterapia, se colocan en bolsa roja y se desechan en la caneca de residuo biosanitario.
5. Los elementos del respirador, se colocan en bolsa roja y se llevan a el área de trabajo sucio de la sala era del servicio de urgencias para su limpieza y posterior entrega a la central de esterilización para el reproceso de los circuitos con baja temperatura.
6. Las cánulas de Guedel, se desechan en la caneca de riesgo biosanitario
7. El fonendoscopio, realice limpieza con detergente desinfectante por 5 minutos, retire con paño humedecido con agua, y desinfecte con alcohol al 70%. Las perillas y membranas del circuito del fonendoscopio deben desecharse de forma periódica (cada 3-6 meses), según deterioro.
8. El tensiometro limpiar con detergente desinfectante el manómetro y mangueras de extensión, verifique mantenimiento preventivo del manómetro y tenga brazaletes de reposición. Cada brazaletes debe lavarse en inmersión con detergente líquido concentrado, enjuagar con agua tibia y secar con paño o en secadora verificando que no se deteriore el velcro y/o contenido del brazaletes (látex, vinil, tela etc.)
9. El equipo de pequeña cirugía, se lava con detergente enzimático, se enjuaga, seca y se lleva a la central de esterilización. Ver guía de limpieza de equipos médicos)
10. El equipo de parto se lava con detergente enzimático, se enjuaga y seca y se lleva a la central de esterilización. Ver guía de limpieza de equipos médicos.
11. La mascara, válvula y reservorio (ambu): Verifique dotación, limpie con detergente enzimático, enjuague, seque y lleve a la central de esterilización para procesar en baja temperatura. Desechar según caso.
12. Equipo de órganos de los sentidos: Verifique dotación de otoscopios pues deben manejarse después de su limpieza, estériles por paciente, los espéculos se deben limpiar cada viaje.
13. El resto del equipo se limpia con detergente liquido desinfectante, dejando actuar por 5 minutos, retire con paño humedecido y aplique alcohol al 70% para su desinfección.
14. Laringoscopio, verifique dotación, cambio de bombillos y pilas. Limpie con detergente enzimático, enjuague con abundante agua del chorro, seque y entregue a la central de esterilización para su proceso

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

15. Collar cervical, si es lavable, limpie con detergente liquido desinfectante, enjuague con agua, seque y desinfecte con alcohol al 70%. Guarde en el estuche para su conservación.
Si es desechable, deposítelo en la caneca de desechos biosanitarios.
16. Inmovilizador inflable, Lave con detergente liquido concentrado deje actuar el producto por 5 minutos y retire con paño humedecido con agua, mínimo tres veces.

Aplique solución desinfectante ALCOHOL AL 70%

Este insumo se requiere en casos específicos – siga instrucción y recomendación de manejo para su uso y posterior almacenamiento.

17. Monitor, limpie con detergente liquido desinfectante, retire con paño seco. Siga recomendaciones del fabricante, los accesorios limpiar con paño humedecido y desinfectar con alcohol
18. Cubetas en acero inoxidable limpie con detergente enzimático, enjuague, seque y entregue a la central de esterilización para su proceso. Verifique dotación.
19. Frascos de soluciones antisépticas verifique dotación, lave con detergente liquido concentrado, enjuague con abundante agua, y en su interior aplique alcohol al 70% para su desinfección, envase los productos teniendo precaución de no contaminar. Si tiene suficiente dotación los frascos se limpian igual y llévelos a la central de esterilización para proceso en baja temperatura
20. Bomba de infusión limpie con detergente líquido desinfectante, retire con paño húmedo con agua y aplique alcohol al 70%. Siga recomendaciones del fabricante

Mobiliario:

21. Cajones limpie con detergente líquido desinfectante, retire con paño húmedo con agua y aplique hipoclorito de sodio.
22. Silla: limpie con detergente líquido desinfectante, retire con paño húmedo con agua y aplique alcohol al 70%.
23. Lámpara de luz fría con detergente liquido desinfectante, retire con paño húmedo con agua y aplique hipoclorito de sodio.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

24. Maletín rígido con detergente liquido desinfectante, retire con paño húmedo con agua y aplique hipoclorito de sodio.
25. Canecas: Limpie con detergente liquido desinfectante, enjuague, seque y aplique hipoclorito de sodio.
26. Dispensador de jabón: Desensamble el recipiente de plástico del cuerpo del dispensador, lave con detergente liquido desinfectante incluyendo el sistema de dispensación del jabón y el cuerpo del dispensador, enjuague con agua del chorro, seque todas las partes del dispensador, y si cuenta con otro recipiente lleve a la central de esterilización para su proceso, si no desinfecte el recipiente incluidas todas las partes del dispensador con alcohol al 70%

27. Dispensador de toallas de papel: Limpie con detergente liquido desinfectante, enjuague, seque y aplique hipoclorito de sodio.
28. Guardián: Limpie con detergente liquido desinfectante, enjuague, seque y aplique hipoclorito de sodio, solo a la estructura externa del guardián, nunca aplique clorados al contenedor, ya que este en la disposición final se incinera.
29. Bala de oxigeno: Limpie con detergente liquido desinfectante, enjuague, seque y aplique hipoclorito de sodio

REALIZACION DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS AMBULANCIAS

LIMPIEZA Y DESINFECCION RECURRENTE:

- Antes y después de cada traslado

LIMPIEZA Y DESINFECCION TERMINAL

Cada enfermero asignado al carro respectivamente, realizara el aseo terminal de acuerdo a cuadro de turnos.

Cada limpieza y desinfección que se realice debe quedar descrito en el respectivo formato de acuerdo a la carpeta entregada

El cuaderno de ambulancia será para registros de los equipos llevados a la central, fallas de la ambulancia entre otros..

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

**INSTRUCTIVO LIMPIEZA Y DESINFECCION CIRCUITOS DE VENTILADORES
MECANICOS, ACCESORIOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO**

OBJETIVO: Garantizar el proceso de limpieza, desinfección y esterilización de los ventiladores mecánicos y accesorios, con el fin de disminuir infecciones asociadas al cuidado de la salud.

ALCANCE

Las superficies del ambiente hospitalario y los equipos biomédicos son considerados reservorios que albergan patógenos y en relación con el huésped aumentan el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud expresadas en casos esporádicos o brotes de una enfermedad a través de focos de contagio y transmisión de gérmenes por vehículo común. En este escenario se logra el impacto positivo a través de una estrategia adecuada de atención segura.

RESPONSABLES

Auxiliares enfermería del servicio de ambulancias.

SECUENCIA DEL PROCESO

1. Retirar los circuitos y filtro del ventilador mecánico.
2. Introducirlo en bolsa roja
3. Con el cuaderno asignado a la ambulancia respectiva dirigirse a la central de esterilización
4. Cambiarse al entrar, realizar la limpieza de los circuitos y el filtro
5. Entregar limpio al auxiliar de la central de esterilización, dejar el registro respectivo.
6. Llevar el cuaderno al servicio de referencia
7. En el cuaderno de la ambulancia queda descrito donde se encuentran los accesorios del ventilador y cuando reclamarlos.
8. Al requerir el uso del ventilador de la ambulancia dirigirse a la central de esterilización con el cuaderno de la ambulancia para retirarlos.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

9. El mismo proceso se debe realizar cuando se utilice el equipo de partos u otro que requiera proceso de esterilización.
10. La limpieza del ventilador mecánico será externa, la parte interna será realizada por ingeniería biomédica.

PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA INCUBADORAS DE TRANSPORTE

DEFINICIÓN

Las incubadoras se usan para proporcionar un clima templado y húmedo al recién nacido y ayudarle a controlar su temperatura corporal.

Son cámaras con paredes plásticas de una o dos copas, que descansan sobre una base sobre la que hay un colchón aislado, debajo de la base hay un sistema de ventiladores que fuerzan el aire filtrado de la habitación a pasar sobre uno de los elementos calefactores y recipientes que se pueden llenar de agua, proporcionando el grado de humedad deseado. Utilizando termostatos y reguladores se podrá regular la temperatura por servo control, la Fio2 y la humedad.

OBJETIVOS

Mantener las incubadoras en condiciones óptimas para su buen funcionamiento.

Proporcionar un ambiente cálido, húmedo y con aporte de oxígeno si es necesario al recién nacido para conseguir mantener su homeostasis en equilibrio.

PREPARACION

Las incubadoras siempre tienen que estar enchufadas a la red eléctrica, para mantenerlas a una temperatura inicial en su interior de 33°C.

AL INGRESO

Conectarla a la toma de oxígeno si el niño precisa O2 ambiental y calibrarlo para conseguir el valor indicado.

Poner agua destilada en el depósito para el suministro de humedad y programarla dependiendo del peso del niño (PARA LAS QUE ESTAN EN EL SERVICIO).

Elevar la bandeja del colchón con una inclinación.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

ETAPAS DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION

LIMPIEZA:

- Retire todos los elementos que se encuentren dentro de la incubadora (ropa de cama, biberones entre otros); si se encuentran contaminados con sangre tráelos como elementos de riesgo biológico; de lo contrario envíelos a la lavandería en bolsas cerradas. Cambie los guantes una vez ha terminado de recoger todos los elementos.
- Humedecer con suficiente agua y jabón el lugar o superficie que se va a limpiar.
- Preparar la solución de detergente que se va a usar
- Enjabonar la superficie por limpiar, esparciendo la solución de detergente con un paño.
- Restregar la superficie fuertemente con ayuda de un paño, eliminando toda la suciedad posible.
- Dejar la solución de detergente aplicada por un tiempo corto para que este actúe.

Enjuagar con suficiente agua asegurándose de que todo el detergente se elimine

- Observar detenidamente el lugar que se limpió para verificar que haya sido eliminada toda suciedad.

DESINFECCION:

- Asegurarse de que la superficie este limpia, si no es así limpiar como se explico anteriormente
- Antes de proceder a desinfectar se debe tener lista la solución Desinfectante
- Aplicar la solución desinfectante sobre el lugar o superficie que se va a desinfectar.
- La solución desinfectante se deja sobre el lugar que se está desinfectando por un tiempo mínimo de un minuto, dependiendo de la sustancia utilizada
- Durante este tiempo, se está logrando eliminar la mayor cantidad posible de microorganismos, de modo que la superficie a limpiar queda bien desinfectada

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

PROCEDIMIENTO

Limpieza y Desinfección recurrente:

Realice limpieza en las partes internas y externas de la incubadora con un paño humedecido con agua.

Limpieza y Desinfección final:

- Prepare el equipo.
- Colóquese los elementos de protección personal (Guantes, delantal protector, tapabocas y gorro).
- Lleve la incubadora al área de lavado.
- Inicie la limpieza a toda las partes de la incubadora con el jabón como se describe en la etapa de limpieza.
- Después de realizar la limpieza de toda la incubadora, abra las ventanas y esparza sobre un paño Desinfectante, limpie en las áreas internas y externas de las incubadoras y deje actuar por 20 minutos. Verifique que todas las superficies estén en contacto con el Desinfectante
- Aplique Desinfectante con un paño limpio friccione todas las superficies interiores de la incubadora (si esta tiene parte desmontables, desensámblelas y friccione cada una por separado o sumérjalas en solución jabonosa). Empiece con las paredes internas y finalice con la colchoneta. Verifique que todas las superficies estén en contacto con la solución.
- Empleando un paño limpio enjuague todas las superficies que han sido friccionadas con Desinfectante, garantizando que se remueva completamente. **IMPORTANTE RETIRAR MUY BIEN LA SOLUCION DESINFECTANTE.** De las partes internas de la incubadora que van a entrar en contacto con el niño.
- Aplique desinfectante en la superficie exterior de la incubadora, deje actuar según el tiempo indicado del producto, retirar con un paño húmedo.
- Pase el paño seco para dejar brillante la incubadora.
- Lave con abundante agua las partes que estaban en inmersión.
- Cambie el filtro de la incubadora cada 6 meses.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

Finalmente proceda a colocar sabanas limpias en la incubadora y permita el ingreso del paciente.

Nunca ingrese un paciente sin que haya garantizado la limpieza y desinfección de todas las superficies de la incubadora.

PARTES DE INCUBADORA CERRADA

- Cable de corriente eléctrica.
- Doble pared
- Fuente de oxígeno
- Servo control
- Humidificador de ambiente
- Sistema de posición para varios puntos de inclinación
- Colchoneta de goma o espuma forrado
- Ruedas
- Bandeja interna
- Acrílico externa
- Base de acrílico externo
- Panel de control
- Motor

PARTES DE UNA INCUBADORA ABIERTA

- Cable de corriente eléctrica
- Sistema de calor radiante
- Fuente de oxígeno
- Servo control
- Colchoneta de goma o espuma forrado

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

- Protección adecuada de bordes de la incubadora (en metal o acrílico)
- Sistema de control de tiempo
- Fuente de vacío
- Lámparas de luz

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud. Manual de bioseguridad en el laboratorio, tercera edición. 2005.
 - Colombia. INVIMA. Documento preliminar Manual de Preparación, uso y almacenamiento adecuado de los desinfectantes liberadores de cloro en los servicios de las IPS., 2011
 - Información comercial y técnica QUIRUMEDICAS LTDA, Septiembre 2011.
 - Información comercial B. Braun Medical S.A.
 - Norma Técnica Colombiana 925. Productos químicos para uso industrial Cloro Líquido.
 - Guía de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, No. 7 Uso de Desinfectantes. Secretaria Distrital de Salud. 2004.
1. Carrillo A, Delgado MA, López-Herce J y grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y neonatal. 1999.
 2. González Ojeda V, Marina Herrero G. Intubación endotraqueal. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 2003.
 3. González A, González C, Aguirre A, Lorenzo H. Monografías pediátricas. Urgencias Pediátricas 1995
 4. Marras J, Doanzelli J. Traqueotomía y cricotiroidotomía. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 2001
 5. Manzano LJ. Cricotiroidotomía. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. 1994.
 6. Atlas de procedimientos del servicio de urgencias. Catherine B. Custalow
 7. Manual de Soporte Vital Avanzado. 4ª edición. Narciso Perales Rodríguez, Juan López Messa, Miguel Ruano Marco. 2007.
 8. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y Protocolos de Actuación. L. Jiménez Murillo. 2000.

	MANUAL DE ENFERMERIA	Versión: 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Fecha Edición: 2016.09.28.
	TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES	