






		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 1 de 22	CÓDIGO PROT.GCL1.2	
			Vigencia 5 años 09-2029	Nº Edición 5

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
EU. Andrea Godoy Ruiz Enfermera Coordinadora  Andrea Godoy R. 16.276.404-4 Enfermera	Dra. Carmen Cruz Gallardo Subdirector Médico  Dra. Carmen Cruz G. Médico Cirujano 18.721.426-2	Mat. Alyn Quiroz Vásquez Encargada de calidad  Alyn Quiroz	Mat. Lorena Guerrero Matrona Directora  Lorena Guerrero
Fecha: 09.09.2024	Fecha: 23.09.2024	Fecha: 23.09.2024	Fecha: 23.09.2024
Distribución	Hospitalizados, Urgencias, OCSP, Dirección, Archivo.		

 <p>Servicio de Salud Aysén del Territorio Austral Ministerio del Interior</p> <p>Gobierno de Chile</p>	 <p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ CHILE CHICO</p>	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p>		<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 2 de 22</p>		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

ÍNDICE

Título	Página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	4
Alcance	5
Excepciones	5
Terminología	5
Desarrollo	7
Referencias bibliográficas	21
Control de cambios	21
Diagrama de Flujo	21
Anexos	22


	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO		CÓDIGO PROT.GCL1.2	
	Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 3 de 22		Vigencia 5 años 09-2029	Nº Edición 5

1. INTRODUCCIÓN

El uso adecuado de un manual de técnicas y procedimientos de enfermería es esencial para asegurar que todas las intervenciones se realicen de manera estandarizada y segura. Esto es especialmente importante en el contexto de procedimientos invasivos, donde el riesgo de complicaciones e infecciones puede aumentar si no se siguen los pasos precisos. Estos manuales no solo fomentan una práctica clínica uniforme, sino que también garantizan que los pacientes reciban cuidados de la más alta calidad.

Dentro de este contexto, podemos decir que un procedimiento invasivo es aquel que se vale de una o varias técnicas médicas que invaden el cuerpo, con un fin diagnóstico o terapéutico. En la atención diaria de los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios, cada día se utilizan diferentes dispositivos invasivos, los procedimientos realizados en ellos no están ajenos a complicaciones e infecciones, por lo que desarrollar una atención de enfermería protocolizada favorece una práctica clínica homogénea.

Este manual nos habla de la instalación, manejo y cuidados de una vía venosa periférica, en un urinario transitorio y permanente y la administración de medicamento endovenoso, procedimientos que se realizan de forma habitual dentro de la atención en el Servicio de Urgencia y Servicio de Hospitalizados.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 4 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

2. OBJETIVO GENERAL

- Estandarizar los procedimientos de Enfermería realizados en pacientes adultos y pediátricos, tanto en servicio de hospitalizados como los ambulatorios del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.
- Prevenir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud relacionados con los Procedimientos de Enfermería.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar procedimiento de instalación de catéter urinario a permanencia (CUP) en adulto y pediátrico.
- Estandarizar procedimiento de instalación, manejo y cuidado de vías venosas periféricas (VVP) en paciente pediátrico y adulto.
- Estandarizar el proceso de administración de medicamento endovenoso en paciente pediátrico y adulto.

3. RESPONSABLES

Médico Jefe Servicio

- Conocer y velar por el cumplimiento del protocolo
- Evaluar cumplimiento de las medidas preventivas programados
- Notificar Evento Adverso
- Supervisar el cumplimiento del Protocolo
- Difundir protocolo
- Evaluación trimestral

Enfermera Supervisora del Servicio

- Conocer y velar por el cumplimiento del protocolo
- Difundir e implementar protocolo en el servicio
- Evaluar cumplimiento de las medidas preventivas programados
- Actualizar Protocolo
- Notificar Evento Adverso
- Supervisar el cumplimiento del Protocolo
- Participar en la adquisición o reposición de implementos asociados al protocolo

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 5 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

Enfermera(o) de Turno

- Conocer, aplicar y velar por el cumplimiento del protocolo
- Valoración de Riesgo de LPP
- Elaborar plan de cuidados
- Aplicar medidas preventivas
- Evaluar cumplimiento de las medidas preventivas programados
- Notificar Evento Adverso
- Supervisar el cumplimiento del Protocolo

TENS

- Conocer y aplicar protocolo
- Colaborar en la valoración de Riesgo de LPP
- Aplicar medidas preventivas
- Informar a enfermera de turno el hallazgo de LPP en pacientes.
- Notificar Evento Adverso

Médico de Turno/Tratante

- Conocer y velar por el cumplimiento del protocolo
- Notificar Evento Adverso

Encargado de Calidad

- Conocer y velar por el cumplimiento del protocolo
- Notificar Evento Adverso
- Supervisar el cumplimiento del Protocolo

4. ALCANCE

Este documento aplica para todo paciente sometido a los procedimientos descritos en el presente Manual.


Este Manual debe ser aplicado por todo el personal clínico de los Servicios de Hospitalizados y Urgencias del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.

5. EXCEPCIONES


No Aplica

6. TERMINOLOGÍA

- **Abreviaturas:**
 - **TENS:** Técnico de Enfermería de Nivel Superior.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 6 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- **CUP:** Catéter urinario a permanencia.
- **VVP:** Vía venosa periférica.
- **EV:** Endovenoso
- **IM:** Intramuscular
- **SC:** Subcutáneo
- **DAU:** Dato de Atención de Urgencia
- **RAM:** Reacción adversa a medicamentos.
- **Catéter Urinario Permanente (C.U.P.):** Sonda urinaria que se instala a través de la uretra hasta la vejiga, con el fin de drenar la orina en forma intermitente. La Sonda utilizada puede ser de látex o siliconada y de doble o triple lumen de acuerdo al objetivo de la instalación.
- **Vía Venosa Periférica (V.V.P.):** Catéter venoso periférico (bránula) para la administración de una determinada solución al torrente sanguíneo.
- **Administración de fármacos:** Proceso ejecutado por profesionales y técnicos paramédicos de la salud en que el paciente toma contacto con el fármaco por distintas vías de entrada: venosa (EV), intramuscular (IM), subcutáneo (SC), oral (VO), inhalatoria (INH), rectal y otras; prescritas en relación al fármaco y a la condición clínica del paciente con el fin de lograr una absorción óptima, obtención de concentraciones plasmáticas adecuadas y una mayor eficacia del fármaco.
- **Indicación médica:** Terapia farmacológica y no farmacológica indicada por Profesional Médico en forma completa, con letra clara y legible, que debe contener datos completos del paciente y de la prescripción realizada.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 7 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

7. DESARROLLO

7.1 INSTALACIÓN DE CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP) E INTERMITENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO

Definición: Introducción de una sonda, a través de la uretra, hasta llegar a la vejiga con objeto de vaciar la orina en forma ocasional o permanente. Tiene como objetivo:

- Facilitar la salida de orina desde la vejiga.
- Obtener una muestra estéril de orina.
- Medición exacta de diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Instilar algún medicamento en la vejiga.
- Medir volumen residual de orina

TIPOS DE SONDEO:

a) INTERMITENTE O TEMPORAL: se emplea una sonda Nélaton para el vaciamiento ocasional de la vejiga, técnica empleada en la toma de examen o para vaciar un globo vesical (retención).

b) PERMANENTE: se emplea una sonda Foley. Este catéter dispone de un globo o cuff, en el extremo distal, que permite la fijación del mismo en la vejiga para la extracción de orina, en forma permanente, por varios días.

7.1.1 Objetivos:

Estandarizar la técnica de instalación de CUP en pacientes del Hospital de Chile Chico.

Prevenir infecciones del tracto urinario asociados a la instalación de catéter urinario permanente.

7.1.2 Responsable de la Indicación de instalación y retiro de catéter urinario:

Médico de turno, Médico tratante.

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 8 de 22	CÓDIGO PROT.GCL1.2	
			Vigencia 5 años 09-2029	Nº Edición 5

7.1.3 Responsable de la Instalación:

Profesional capacitado, Enfermero(a) o Matrn(a) con ayudante TENS.

7.1.4 Materiales:

- Equipo de Aseo Genital
- Bandeja con material estéril y campo o paño perforado
- Compresa o apósitos (2)
- Tela adhesiva
- Riñón o bandeja.
- Guantes estériles
- Catéter vesical, calibre de acuerdo a la anatomía del paciente, ya sea Nélaton o Foley
- Jeringa 10cc. o 20cc., para verificar indemnidad del cuff.
- Vaselina estéril.
- Agua destilada 10cc
- Recolector de orina.
- Contenedor de desechos y caja eliminador de corto punzantes

7.1.5 Procedimiento:

- Procedimiento siempre debe ser realizado por un profesional capacitado: Médico, Enfermera o Matrona
- Identificar al paciente y verificar indicación médica.
- Informar a paciente el procedimiento a realizar y solicite su cooperación, en caso de pediátrico informar a familiares o tutor legal.
- Ubicar al paciente en posición ginecológica, si es mujer, o supina, si es hombre y prepare cama en dos tiempos, en lo posible, conservando la privacidad, y/o en caso de ser necesario, utilizar el biombo.
- Solicite al técnico de enfermería preparar el equipo necesario para el procedimiento y que realice aseo genital, con agua y jabón según normativa vigente.
- Lavado clínico de manos.
- Colocarse guantes estériles.
- El ayudante debe presentar el equipo estéril.
- Preparar campo estéril: solicitar el catéter urinario y la jeringa, confirmar la indemnidad del cuff o balón inyectando 5cc de aire, desinfe el cuff y cargar la jeringa con 10cc de agua destilada (la

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO		CÓDIGO PROT.GCL1.2	
	Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 9 de 22		Vigencia 5 años 09-2029	Nº Edición 5


cantidad de cc de agua destilada va a depender de la capacidad del balón o cuff de la sonda Foley a utilizar.)

- Solicite al paciente separa las piernas y preparar campo estéril sobre zona genital.
- Lubricar catéter urinario con vaselina esteril.
- En el hombre en decúbito dorsal, colocar gasa alrededor de pene, con una mano eleve el pene en un ángulo de 60 a 90 grados, retraiga prepucio e introducir sonda con movimiento suave pero firme en el meato urinario, cuando llegue a un punto de resistencia extienda el pene permitiendo, así, la entrada de la sonda hasta que refluya orina hacia el riñón o bandeja estéril y en la mujer, en posición ginecológica, separar los labios genitales mayores y menores de tal manera de visualizar el meato uretral e introduzca suavemente (2/3 de sonda aprox.) hasta que fluya orina hacia riñón o bandeja
- Cerciorarse que la sonda está en vejiga y no en uretra. Presione región supra púbica y confirme que la sonda se mantiene en su lugar y da salida a orina.
- Inflar balón con agua bidestilada.
- Traccionar suavemente la sonda hasta sentir leve resistencia, confirmando que está en vejiga.
- Conectar el catéter al recolector, evitando que los extremos entren en contacto con superficies no estériles y cerrar el tubo de vaciado.
- En los hombres, volver el prepucio a su sitio a fin de evitar parafimosis.
- Fijar el recolector en una posición de declive adosado al catre clínico, manteniéndolo siempre bajo el nivel de la vejiga, cuidando que esté libre de acodaduras y a distancia prudente del suelo (10 cm).
- Fijar la sonda al muslo, evitando traccionar, con tela adhesiva.
- Verificar la permeabilidad del sistema, evitando acodamiento o aplastamiento del tubo colector
- Dejar cómodo al paciente y retirar el equipo
- Llevar equipo al área sucia.
- Retirarse los guantes.
- Lavado clínico de manos
- Registrar el procedimiento.

7.1.6 Registro:

Toda instalación de CUP o intermitente deberá consignarse en Hoja de Enfermería o DAU, registrando:

- Fecha y hora de instalación

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 10 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Número y tipo de catéter.
- Volumen en cc. de agua bidestilada utilizada en el cuff.
- Características de la orina.
- Responsable de la instalación.
- Otras observaciones

7.1.7 Indicación y duración del cateterismo

- El cateterismo debe realizarse sólo por indicación médica, junto con el tiempo de permanencia (El tiempo de permanencia debe ser el mínimo necesario).
- El material empleado en su instalación debe ser estéril y de un solo uso.
- Probar la integridad del cuff, previo a la instalación de la sonda.
- El catéter de elección será, aquel de menor calibre, que cumpla con el objetivo deseado evitando traumatismos en la uretra.
- Realizar aseo genital inmediatamente antes de la inserción del catéter.
- Lubricar la sonda con material estéril inerte para la uretra.
- Realizar fijación externa para evitar desplazamiento o tracción del catéter

7.1.8 Mantención del catéter

- Mantener el sistema cerrado y permeable (sonda – recolector)
- Mantener bolsa colectora bajo el nivel de la vejiga.
- Vaciar la bolsa colectora a intervalos regulares evitando el contacto de la orina reciente con la acumulada en la bolsa. Ideal vaciar cuando alcance la mitad o máximo $\frac{3}{4}$.
- Durante la medición de diuresis, cuidar de NO contaminar la válvula de vaciamiento (no debe tocar el frasco remedición)
- Rotar la fijación externa cada 12 hrs para evitar maceraciones y úlceras del meato.
- Educar al paciente en el manejo de su CUP

7.1.9 Cuidados de la zona genital

- Aseo genital 2 a 3 veces al día y cada vez que sea necesario.
- Evitar presencia de apósitos húmedos en la zona del catéter.
- Supervisar el aporte hídrico en el usuario

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 11 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

7.1.10 Retiro del cup

- El retiro se realiza por indicación médica.
- Realice aseo genital previo.
- Desinfele el cuff con una jeringa y pince la sonda para no derramar orina durante la extracción.
- Saque la sonda con suavidad pero con firmeza, deséchela tan pronto como sea posible.
- Limpie el meato si es necesario.
- Elimine los guantes de procedimientos, lávese las manos.
- Ofrezca un urinario.
- Registre acción y diuresis contenida en recolector.

7.1.11 Lavado vesical manual



Lavado de la vejiga, con jeringa y con suero fisiológico, a través de una sonda o catéter. Tiene como objetivo desocupar la vejiga de coágulos y desobstruir el catéter o la sonda de coágulos para mantener la permeabilidad del mismo.

○ Materiales


- Jeringa estéril de 60cc.
- Suero fisiológico.
- Chata
- Guantes desechables.
- Guantes estériles
- Paño estéril
- Bandeja estéril

○ Procedimiento

- Lávese las manos
- Compruebe la presencia del brazalete de identificación y verifique los datos que registra
- Comprobar que estén todos los materiales y transportarlos a la habitación del paciente.
- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino).
- Asegurar la intimidad del paciente.
- Lávese las manos

		<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 12 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
			<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Colocarse guantes estériles
 - Colocar paño estéril por debajo del terminal de la sonda
 - Cargar la jeringa con 50 CC. de suero fisiológico.
 - Técnico Paramédico desconectará la sonda de la bolsa recolectora con guante de procedimiento sin tocar paño estéril.
 - Desechar bolsa recolectora
 - Ubicar extremo de la sonda en bandeja estéril
 - Inyectar el suero lentamente por la sonda e intente extraerlo a continuación aspirando lentamente
 - Realice esta maniobra cuantas veces sea necesario, hasta conseguir la permeabilidad del catéter o sonda.
 - Realice una inyección de suero por la sonda, desconecte la jeringa y deje que este salga por sí solo. Si esta maniobra es positiva, podemos dar por desobstruida la sonda o catéter,
 - Volver a conectar la sonda a la bolsa recolectora nueva
 - Una vez finalizado el procedimiento: colocar al paciente en posición adecuada.
 - Recoja y ordene del material
 - Lavado de manos
 - Registre acción y observaciones en hoja de enfermería
- **Observaciones:**
- Antes de realizar un lavado vesical manual, es necesario cerciorarse de que realmente la sonda esta obstruida.
 - La sonda o catéter y la bolsa colectoras no recogen orina.
 - El paciente manifiesta dolor intenso suprapúbico.
 - Presencia de globo vesical.
 - Con esto evitaremos manipular la sonda y abrir el circuito cerrado que forma con la bolsa colectoras de forma innecesaria.
 - Sólo se realizará cuando esté contraindicado el cambio de sonda.
 - En cirugía prostática revisar protocolo para saber dónde está colocado el balón de la sonda
 - Controlar la cantidad y calidad y cantidad del líquido extraído
 - Vigilar estado general del paciente
 - Vigilar dolor y distensión abdominal.
 - No pinzar ni acodar nunca sonda vesical

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 13 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Educar al paciente para aviso de dolor abdominal, evitar movimientos bruscos que desplacen la sonda.

7.2 INSTALACIÓN Y MANEJO DE VIAS VENOSAS PERIFERICAS (VVP).

Es la colocación de un catéter venoso de diferente calibre en una vena a nivel periférico, de preferencia en extremidades superiores, comenzando siempre de distal a proximal y escogiendo la vena de mayor calibre.

7.2.1 Objetivo:

- Mantener un acceso venoso permeable para las administraciones parenterales.
- Prevenir Infecciones del torrente sanguíneo.

7.2.3 Responsable de la Indicación:

Médico de turno, Médico tratante.

7.2.4 Responsable de la Instalación:

Profesional capacitado, Enfermero (a), Matrón (a) o TENS.


7.2.5 Indicaciones

- La administración de diferentes soluciones con fines terapéuticos y/o diagnósticos.
- La administración de medicamentos.
- La administración de sangre y/o sus derivados.

7.2.6 Materiales

Bandeja con:

- Catéter venoso de diferentes lúmenes según el tipo de infusión y objetivo.
- Llaves de 3 pasos, tapas heparinizadas o Equipo de fleboclisis.
- Guantes de procedimientos.
- Jeringas de 5 – 10 cc
- Suero fisiológico en ampolla o agua destilada en ampolla
- Gasas.

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p style="text-align: center;">Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 14 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Tórulas de algodón secas.
- Tórulas de algodón humedecidas con solución antiséptica (alcohol al 70%)
- Ligadura.
- Tela adhesiva y/o apósito transparente.
- Marcador permanente.
- Contenedor para material cortopunzante.
- Tijera

7.2.7 Procedimiento

- Identificar al paciente y verificar indicación médica.
- Lavado clínico de manos.
- Reunir y preparar el material.
- La jeringa de 5 – 10cc prepararla con suero fisiológico o agua destilada.
- Llevar los materiales a la unidad del paciente.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar, en caso de pediátrico informar a familiar o tutor legal.
- En caso de pacientes pediátricos y neonatales solicitar ayuda para inmovilización.
- Colocarse los guantes de procedimiento
- Ligar y seleccionar la vena a puncionar.
- Observe el calibre de las venas y elija la de mayor lumen, siempre de distal a proximal.
- Una vez seleccionada la vena a puncionar elija el catéter a utilizar (debe ser proporcional al calibre de la vena).
- Con el catéter seleccionado tomar el mandril del teflón con la mano más hábil entre el dedo pulgar e índice, manteniendo el bisel hacia arriba y con la otra mano limpiar la zona a puncionar con una tórula humedecida con solución antiséptica. Si está muy sucio limpie primero con agua jabonosa.
- Luego insertar el catéter en la vena en forma suave pero segura, siempre en sentido de la circulación en un ángulo de 15 a 20°.
- Introducir el catéter hasta que refluya sangre por el mandril, luego sin mover el catéter retirar el mandril levemente e introducir el teflón en la vena.
- Una vez dentro de la vena, desligar y retirar completamente el mandril haciendo presión en el extremo distal del catéter, para que no refluya sangre y deseche mandril en material cortopunzante.
- Conectar el catéter a llave de tres pasos, tapón heparinizado o bajada de suero, previamente cebados y compruebe la permeabilidad de la vena.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 15 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Colocar una gasa estéril sobre el sitio de inserción.
- Fijar con apósito transparente y/o tela.
- Registrar la fecha de instalación y calibre de catéter y responsable de la instalación sobre la fijación.
- Registrar en equipo de fleboclisis la fecha de instalación.
- Eliminar el material cortopunzante y el contaminante
- Asegurar circuito cerrado en todo el sistema.
- Regular el goteo de la infusión, si corresponde.
- Dejar cómodo al paciente y observar el sitio de punción.
- Eliminar el material cortopunzante y el contaminante
- Retirarse los guantes
- Lavado clínico de manos.
- Guarde el material sobrante
- Registrar procedimiento en hoja de Enfermería o DAU.

7.2.8 Registro

Toda instalación de VVP deberá consignarse en Hoja de Enfermería o DAU, registrando:

- Fecha y hora de instalación
- Número de catéter.
- Responsable de la instalación.

7.2.8 Manejo y mantención de VVP

- Utilizar apósitos transparentes adhesivos o en su ausencia, gasa estéril pequeña, que permita la evaluación del sitio de inserción y trayecto venoso.
- Mantener VVP con sello limpio, fijo y seco.
- Mantener circuito cerrado.
- Las conexiones del circuito venoso deben mantenerse limpias.
- El catéter venoso y el circuito deben permanecer por el tiempo que se requiera y su recambio debe cumplir con lo establecido: En pacientes adultos cada 72 horas o antes si el paciente desarrolla signos de flebitis o mal funcionamiento de la VVP.
- En pacientes de difícil acceso venoso y/o con superficie corporal disponible reducida, mantener el catéter hasta completar la terapia, solo si éste está en perfectas condiciones y no hay signos de flebitis. Con vigilancia estricta del sitio de inserción y curación de ser necesario.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 16 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Las vías venosas periféricas, instaladas en situaciones de urgencia deben ser cambiados una vez finalizada la urgencia, debido a los quiebres en la técnica aséptica que pueden producirse en estas situaciones.
- Desinfectar tapón heparinizado o llave tres pasos con alcohol al 70% antes de usar.
- Mantener registros actualizados de la evolución del catéter periférico, en la hoja de enfermería: días de instalación, calibre y ubicación de éste.

7.2.9 Consideraciones

- Puncionar preferentemente las extremidades superiores, iniciando las punciones desde distal a proximal.
- Si observa aumento de volumen al pasar la solución, debe retirar el catéter periférico, comprimir e intentar en otro sitio.
- Retirar el catéter en pacientes que no sea necesario su uso.
- Cambiar el catéter siempre que exista flebitis, extravasación, obstrucción y/o sospecha de infección en el sitio de inserción, en este caso se debe reemplazar el sitio de punción de inmediato.
- Se debe cambiar el lugar de punción cada vez que se cambie el catéter.

7.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS (EV)

Las etapas del Proceso de Medicación y Medidas de Prevención recomendadas se encuentran descritas en el "Protocolo de Prevención de Errores de Medicación".

7.3.1 Objetivo:

- Evitar Eventos Adversos asociados a la medicación.
- Estandarizar las diferentes etapas del proceso de administración de medicamentos EV en el hospital de Chile Chico.

7.3.2 Responsable de la Indicación:

Médico de turno, Médico tratante.

7.3.3 Responsable de la Administración:

Profesional capacitado, Enfermero (a), Matrón (a) o TENS.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 17 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

7.3.4 10 Correctos en la Administración de Medicamentos

La administración segura de medicamentos se basa en las normativas de Prevención y Control de IAAS y principios básicos de los "10 correctos"

1. Medicamento correcto
2. Paciente correcto
3. Dosis correcta
4. Vía de administración correcta
5. Horario de administración correcta
6. Verificar caducidad del medicamento
7. Quien prepara, administra el medicamento
8. Quien administra, registra medicamento y hora de administración
9. Velocidad de infusión correcta
10. Observar posibles reacciones.

En consideración a lo anterior, cada vez que se realiza una prescripción, el profesional responsable debe cautelar que:


- Antes de administrar un medicamento, consultar por los antecedentes conocidos de alergias al fármaco.
- Toda dilución de medicamentos debe realizarse en el área limpia del servicio o unidad, la cual debe permanecer limpia y ordenada de acuerdo a las Normas de Prevención y Control de IAAS

7.3.5 Materiales

- Riñón estéril.
- Medicamento a utilizar.
- Jeringa y aguja de punción.
- Tórulas de algodón secas.
- Alcohol 70°.
- Bránula o mariposa.
- Ligadura.
- Guantes de procedimientos.
- Tela adhesiva
- Caja para material cortopunzante.

7.3.6 Formas de Administración de Medicamentos EV

- **Directa o Bolo:** El fármaco puede administrarse sólo o diluido. La dilución es generalmente en una jeringa de 10 o 20 ml, la que contendrá el fármaco a inyectar junto a suero fisiológico o agua bidestilada, hasta completar 10 o 20 ml. Se usa cuando se requiere una acción rápida del fármaco y no se necesita dilución.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 18 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- **Administración en Goteo:** Se utiliza para mantener el efecto de un fármaco a nivel terapéutico. Restablecer o mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos (fleboclisis). Puede ser usado en forma intermitente para la administración de fármacos irritantes o que deben ser administrados en forma lenta, mayor a 30 minutos y diluidos en volúmenes mayor a 100 ml.
- **Administración por Microgoteo:** Se utiliza cuando se quiere administrar pequeñas dosis de medicamento en un período prolongado de tiempo. La cámara de microgoteo permite una correcta administración. El fármaco preparado se agrega a la cámara volumétrica y se diluye con suero. Los fármacos que se infunden deben pasar entre 15 a 30 minutos.

1 gota = 3 microgotas = 0.05 ml.
20 gotas = 60 microgotas = 1 ml.

7.3.7 Procedimiento de administración de medicamentos vía EV

Este proceso se basa tanto en los 10 correctos de la administración de medicamentos como en la técnica con el cual se administra, lo que es muy importante para evitar reacciones adversas o infecciones secundarias a este proceso.

- Lavado clínico de manos.
- Reunir materiales
- Verificar Identificación de paciente y explicar procedimiento.
- Revisar los 10 correctos de la administración de medicamentos.
- Desinfectar matraz de tratamiento o frasco ampolla o tapón de goma de viales, según corresponda, con alcohol 70°.
- Reconstituir o diluir el medicamento, si corresponde, manteniendo técnica aséptica.
- Si tiene vía instalada, cerrar la llave de paso del suero y cebar la bajada evitando entrada de aire. Si no tiene vía instalada, instalar el catéter según norma.
- Desinfectar el tapón o llave de 3 pasos con alcohol 70° antes de administrar el medicamento.
- Verificar la permeabilidad del catéter.
- Administrar el medicamento diluido según corresponda.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 19 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Si se deja la vía instalada, conectar el suero (si corresponde) o el tapón.
- Luego de administrar el medicamento en bolo directo, lavar la vía venosa con suero fisiológico, con la finalidad de evitar flebitis.
- Eliminar elementos cortopunzantes en envase correspondiente.
- Si es punción única, presionar con tórula seca el sitio de punción.
- Dejar cómodo al paciente.
- Trasladar el material al área sucia de la clínica.
- Lavado clínico de manos.
- Registrar.

7.3.8 Consideraciones


- Antes de administrar un medicamento, consultar por los antecedentes conocidos de alergias al fármaco.
- Toda dilución de medicamentos debe realizarse en el área limpia del servicio o unidad, la cual debe permanecer limpia y ordenada de acuerdo a las Normas de Prevención y Control de IAAS.
- En caso de reanimaciones cardiopulmonares, en el contexto de la urgencia, no siempre quien prepare el medicamento será quien los administre, sin embargo, el registro se deberá completar inmediatamente posterior a la estabilización o traslado del paciente.
- Si el paciente presenta una reacción alérgica al medicamento no prevista, se debe suspender su administración, avisar al médico tratante, consignar signos y síntomas del paciente como también las medidas y acciones que se toman a consecuencia de la misma y registrar en la hoja de Enfermería o DAU. Posteriormente se debe realizar la notificación RAMs correspondiente.

7.3.9 Registro

Registrar actividad realizada en hoja de enfermería o ficha clínica en el horario ejecutado. Esta debe ser inmediata luego de atender a cada paciente.

- **En el caso de pacientes hospitalizados:**

- Los medicamentos administrados se registrarán en hoja de enfermería encerrando en un círculo en el horario programado y en el registro diario.

	<p>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO</p> <p>Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 20 de 22</p>	<p>CÓDIGO PROT.GCL1.2</p>	
		<p>Vigencia 5 años 09-2029</p>	<p>Nº Edición 5</p>

- Los medicamentos NO administrados se registrarán en hoja de enfermería tachando el horario programado y debe ser informado a enfermera y/o médico de turno.
 - Aquellos medicamentos que sean suspendidos por indicación médica se registrarán en hoja de enfermería marcando sobre el horario programado una S, y además debe quedar registrado en la hoja de registro diario.
- **En el caso de pacientes que consultan en Servicio de Urgencias:**
 - Los medicamentos administrados se deben registrar en Ficha Clínica electrónica (DAU) o de papel si esta no se encuentra disponible.

 Servicio de Salud Aysén del Centro-Sur Gobierno de Chile	 HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ <small>CHILENO</small>	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA R. CHILE CHICO Manual de Procedimientos de Enfermería. Página 21 de 22	CÓDIGO PROT.GCL1.2	
			Vigencia 5 años 09-2029	Nº Edición 5

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manual de Procedimientos de Enfermería, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez 4ª edición, 2019
- Protocolo de Administración de Medicamentos, Clínica Mayor, 1ª Edición, Abril 2015.
- Manual de Procedimientos de Enfermería, Hospital de Puerto Aysen, 2017
- Manual de Procedimientos de Cuidados de Enfermería, Hospital Lord Cochranne, 2019
- Protocolo de Prevención de Errores de Medicación, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, 3º edición, 2019

9. CONTROL DE CAMBIOS

No aplica

10. DIAGRAMA DE FLUJO

No aplica

