

**III GUIA DE PROCEDIMIENTOS EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

2006

GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERÍA (GP)

- GP A1 Guías de procedimientos de Enfermería en oxigenoterapia.
- GP A2 Guías de procedimientos de Enfermería en aspiración de secreciones.
- GP A3 Guías de Procedimientos de Enfermería en nebulizaciones.
- GP A5 Guías de Procedimientos de Enfermería en fisioterapia respiratoria.
- GP B1 Guías de Procedimientos de Enfermería en electrocardiograma.
- GP B2 Guías de Procedimientos de Enfermería en RCP.
- GP B3 Guías de Procedimientos de Enfermería en medición de PVC.
- GP C1 Guías de Procedimientos de Enfermería en sondaje nasogástrico.
- GP C2 Guías de Procedimientos de Enfermería en lavado gástrico.
- GP C3 Guías de Procedimientos de Enfermería en aplicación de enema.
- GP D1 Guías de Procedimientos de Enfermería en cateterismo vesical.
- GP E2 Guías de Procedimientos de Enfermería en monitorización de la presión intracraneana.
- GP F1 Guías de Procedimientos de Enfermería en administración de fármacos.
- GP H Guías de Procedimientos de Enfermería en aplicación de vendajes.
- GP K Guías de Procedimientos de Enfermería en sujeción mecánica.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO A1 OXÍGENOTERAPIA

Descripción

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar, el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofertar una mayor cantidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.

Indicaciones

Hipoxemia asociada a hipoventilación (el pulmón está normal la falla es a nivel muscular), hipoxemia no asociada a hipoventilación (O₂ alveolar reducido, deficiencia en la función alveolar capilar, deficiencia de hemoglobina anemia y/o intoxicación con monóxido de carbono, desequilibrio, ventilación perfusión, insuficiencia circulatoria), hipotensión, bradicardia, respiración superficial, hipoventilación, cianosis, paciente portado de trauma en uno o más órganos, intranquilidad ansiedad, cefalea, confusión.

Contraindicaciones

Pacientes que presentan confusión, inquietud, letargo, diaforesis, palidez, taquicardia, taquipnea e hipertensión, posterior a administración prolongada de oxígeno.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Cánula binasal, máscara de oxígeno, equipo de ventura.
- Balón de oxígeno, de no tener sistema empotrado.
- Equipo de aspiración.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo. 2. Colocar señales de "Prohibido fumar, oxígeno en uso". 3. Educar al paciente al respecto de la indicación de no fumar. 4. Verificar la orden médica (cantidad y presión). 5. Lavarse las manos. 6. Verificar el funcionamiento y cantidad suficiente del oxígeno empotrado o en balón. 7. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo. 8. Conectar el medidor de flujo con una fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento del medidor del flujo y del humidificador. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito. 9. Conectar la tubuladura de la máscara de oxígeno con el humidificador y el medidor de flujo. 10. Abrir la llave de oxígeno. 11. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si la cánula es curva se debe conectar hacia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuye el temor y facilita su colaboración, ahorra tiempo y energía. 2. Evita accidentes. 3. Promueve seguridad al paciente y visitantes. 4. Asegurar la cantidad de oxígeno necesario. 5. Reduce la transmisión de microorganismos. 6. Evita contratiempos y facilita una atención más rápida al paciente. 7. Proporciona oxígeno húmedo. El agua corriente o solución salina deja depositar los minerales. El agua evita que aquel fluya en dirección retrógrada hacia el medidor de oxígeno. 8. Asegura que el equipo funcione. 9. Entra oxígeno humidificado a la máscara. 10. Inicia el flujo de gas. 11. Evita lesiones en la mucosa nasal. Evita la fricción, ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de

<p>abajo de las fosas nasales, en dirección hacia el piso.</p> <p>12. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.</p> <p>13. Si se usa mascarilla, colocarla sobre la nariz, boca y mentón, ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza.</p> <p>14. Comprobar el flujo de oxígeno.</p> <p>15. No cerrar los agujeros de las mascarillas.</p> <p>16. Recordar al paciente y familiar los riesgos de fumar en la habitación.</p> <p>17. Lavarse las manos.</p> <p>18. Realizar las notas de enfermería.</p>	<p>oxígeno.</p> <p>12. Fija la cánula para que no se deslice por los movimientos.</p> <p>13. Mantiene la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla. Si se esta utilizando la máscara de reservorio, cubra su dedo índice o pulgar con un paño limpio y ocluya la abertura de la bolsa de reserva para que el O₂ fluya hasta llenar la bolsa antes de colocarla en el paciente.</p> <p>14. Asegura concentración de oxígeno prescrito. Ajustar en caso sea necesario.</p> <p>15. La acumulación de bióxido de carbono puede conducir a la sofocación del paciente.</p> <p>16. El oxígeno puede producir combustión y ocasionar un incendio.</p> <p>17. Reduce la transmisión de microorganismos.</p> <p>18. Permite una información oportuna sobre la evolución del paciente.</p>
--	---

GUÍA DE PROCEDIMIENTO A2 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Descripción

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende, del proceso de ventilación externa.

Indicaciones

Cuando el paciente con secreciones pulmonares no es capaz de toser.

En pacientes portadores de elementos que facilitan la ventilación (TET, tubo de mayo).

Contraindicaciones

No existen.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Un equipo de aspiración.
- Dos envases para agua estéril.
- Una sonda de aspiración.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.</p> <p>2. Verificar el funcionamiento del equipo, debe estar listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes). Presión no mayor de 120mmHg.</p> <p>3. Lavado de manos.</p> <p>4. Colocarse los guantes estériles.</p> <p>5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario, previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.</p> <p>6. Repetir no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración.</p> <p>7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.</p> <p>8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia).</p> <p>9. Apagar el equipo de Aspiración, descartar la sonda y gasas.</p> <p>10. Retirar los guantes.</p> <p>11. Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería.</p>	<p>1. Favorece la colaboración y participación del paciente. Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento.</p> <p>2. Ahorra tiempo y energía. Las aberturas de la sonda impiden la irritación de la mucosa al distribuir la presión negativa de aspiración en diversas partes.</p> <p>3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.</p> <p>4. Evita el riesgo de contaminación.</p> <p>5. Las vías respiratorias están cubiertas de una mucosa que se lesiona fácilmente con medios mecánicos. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.</p> <p>6. La repetición del procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancia extrañas.</p> <p>8. La identificación de las características es parte de la valoración del pacientes.</p> <p>11.El registro permite la comunicación</p>

	entre el equipo de salud.
--	---------------------------

GUÍA DE PROCEDIMIENTO A3 NEBULIZACIONES

Descripción

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

Contraindicaciones

Pacientes con insuficiencia cardíaca.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

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

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar. 2. Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno. 3. Lavado de manos. 4. Tomar SO₂ e inicio de flujometría. 5. Colocar el nebulizador y administrar el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts x'. 6. Colocar al paciente en posición fowler o semifowler. 7. Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos e inicie la fisioterapia respiratoria. 8. En el intervalo señalado brindarle agua tibia para que beba. 9. Después de terminada las nebulizaciones indicadas, esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma SO₂ y flujometría final. 10. Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería de la Historia Clínica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuye el temor y favorece su participación. 2. Ahorra el tiempo y el esfuerzo. 3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo. 4. Permite valorar de forma inicial la saturación de oxígeno del paciente. 5. Favorece la evaporación para que sea inhalado por el paciente. 6. Favorece la expansión de los pulmones. 7. Facilita la movilización de secreciones y su eliminación a nivel pulmonar. 8. Fluidifica las secreciones permitiendo su eliminación. 9. Permite valorar la saturación de oxígeno y verificar la efectividad de la nebulización. 10. Mantiene informado al equipo de Salud.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO A5 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Descripción

Es la utilización conjunta de tres terapias para la movilización de las secreciones pulmonares: drenaje postural, percusión torácica y la vibración.

La fisioterapia pulmonar debe seguir con tos productiva, pero puede aplicarse aspiración si la capacidad para toser del paciente es ineficaz.

1. *Percusión torácica*: consiste en percutir alternamente la pared torácica sobre la zona a drenar.
2. *Vibración*: es una especie de presión, que se aplica a la pared torácica solamente durante la espiración
3. *Drenaje postural*: utiliza técnicas de posición para extraer las secreciones de segmentos específicos pulmonares y de los bronquios hacia la tráquea.

Indicaciones

Acumulo de secreciones demostrado por presencia de roncales, dificultad del paciente en la expectoración de las secreciones por si mismo.

Contraindicaciones

Percusión torácica: pacientes con trastornos hemorrágicos, osteoporosis, fracturas de costillas.

Vibración: lactantes y niños pequeños.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Almohadillas
- Soluciones oleosas

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>Percusión torácica:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Colocar la mano de forma tal que el dedo pulgar y el resto de los dedos se toquen y la mano quede ahuecada, aplicando percusión sobre la superficie de la piel.2. Alternar el movimiento de las manos contra la pared torácica sobre una tela sencilla, no sobre botones, corchetes o cremalleras.3. Tener precaución de percutir zonas pulmonares y no las regiones escapulares. <p>Vibración:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Aplicar presiones a la pared torácica durante la espiración.	<ol style="list-style-type: none">1. La percusión sobre la superficie de la pared torácica envía ondas de amplitud y frecuencia variable a través del tórax. La fuerza de estas ondas puede modificar la consistencia del esputo o desprenderlo de las paredes de las vías aéreas.2. Permite desconcentrar la percusión en una zona permitiendo mayor campo de acción.3. Evitar complicaciones tipo laceración de piel por trauma (mecánico).4. Aumenta la velocidad y turbulencia del aire exhalado; facilita la eliminación de secreciones; incrementa la espiración del aire atrapado y puede facilitar el desprendimiento de la mucosidad e inducir la tos.

Drenaje postural:

5. El procedimiento puede abarcar la mayoría de los segmentos pulmonares.

Bilateral:

- Fowler alta

Segmentos apicales. Lóbulo superior derecho: segmento anterior.

- Sentado en un lado de la cama.

- Supino con la cabeza levantada.

Lóbulo superior izquierdo: segmento anterior

- Decúbito supino con la cabeza elevada

Lóbulo superior derecho segmento posterior

- Decúbito lateral con el lado derecho del tórax elevado con una almohada.

Lóbulo superior izquierdo: segmento posterior.

- Decúbito lateral con el lado izquierdo del tórax elevado con almohadas.

Lóbulo medio: segmento anterior

- Decúbito supino, tres cuartas partes, junto con Trendelenburg.

Lóbulo medio: segmento posterior

- Decúbito prono con el tórax y el abdomen elevados.

Ambos lóbulos inferiores : segmentos anteriores

- Decúbito supino en posición de Trendelenburg.

Lóbulo inferior izquierdo: segmento lateral

- Decúbito lateral derecho en posición de Trendelenburg.

Lóbulo inferior derecho Segmento lateral

5. Las diferentes posiciones permitan hacer el uso de la gravedad par el desprendimiento de las secreciones siendo facilitada por la tos y la aspiración de secreciones.

- Decúbito lateral izquierdo en posición de Trendelenburg.

Lóbulo inferior derecho : segmento posterior

- Decúbito prono con el lado derecho del tórax elevado y en posición de Trendelenburg.

Ambos lóbulos inferiores : segmentos posteriores.

- Decúbito prono en Trendelenburg.

NIÑO

Bilateral: segmentos apicales

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado ligeramente hacia delante, flexionado sobre una almohada.

Bilateral: segmentos medios anteriores.

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado sobre la enfermera.

Bilateral segmentos anteriores.

- Decúbito supino sobre las rodillas de la enfermera, con la espalda apoyada en una almohada.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO B1 ELECTROCARDIOGRAMA

Descripción

Un electrocardiograma es una prueba que registra la actividad eléctrica del corazón. Es el registro gráfico de los latidos cardiacos producido por un electrocardiógrafo.

Indicaciones

Pacientes con problemas coronarios, control médico y de rutina.

Contraindicaciones

No existen.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipos y Materiales:

- Gel o sustancia lubricante
- Mandil o solera
- Equipo de EKG con sus respectivos electrodos
- Apósitos de gasa

PROCEDIMIENTO

1. Acercar el equipo y materiales a la cama del paciente el EKG que consta de los 5 derivaciones, 4 electrodos o pinzas para las extremidades y el papel de registro, el gel, apósitos de gasa.
2. Explicar el procedimiento al paciente refiriéndole que es indoloro.
3. Conectar los cables de derivación apropiados a los correspondientes electrodos situados en las extremidades.
4. Colocar el gel en la parte inferior del tobillo derecho del paciente. Colocar el electrodo de tierra sobre el gel situado en la zona de espesor mínimo del músculo. Asimismo seguir el mismo procedimiento con el tobillo izquierdo.
5. Luego aplicar gel y colocar los electrodos de la extremidad apropiados en la parte interior de los brazos del paciente. Pedir al paciente que se relaje y respire tranquilo y que no hable mientras se realiza el procedimiento ya que podría distorsionar el registro.
6. Activar el electrocardiograma y proceder con la toma de las derivaciones correspondiente I. II. III AVR-AVL-AVF V₁ V₂ V₃ V₄ V₅ V₆
7. Explicar al paciente el procedimiento del registro de derivaciones torácicas y proceder.
8. Luego de haber culminado la toma de electrocardiograma escribir en el papel del EKG el nombre y edad del paciente, fecha y hora de realizado el procedimiento. Anotar si el paciente tuvo dolor torácico durante el procedimiento.
9. Luego retirar los electrodos, limpiar el gel impregnado en la piel del

paciente y luego limpiar los electrodos.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO B2-1 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

Descripción

La Reanimación Cardiopulmonar es una serie de respiraciones de emergencia que llevan oxígeno a los pulmones de la víctima, combinadas con compresiones pectorales que mantienen la sangre circulante oxigenada.

Al atender una situación de emergencia cardiorrespiratoria o ante un paciente en aparente colapso cardiovascular, se asume una secuencia de acciones ordenadas que eviten omisiones y prevengan errores, como el exceso de intervención o intervenciones incompletas.

Indicaciones

Paro Cardiorrespiratorio.

Materiales

- Cánulas orofaríngeas, nasofaríngeas.
- Dispositivos (bolsa-válvula-máscara)

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Evaluar el estado de conciencia de la víctima.</p> <p>2. Realizar ABCD Primario.</p> <p>Vía Aérea:</p> <p>3. Evaluar vía aérea.</p> <p>4. Explorar la boca par extraer cuerpos extraños.</p> <p>5. Realizar la maniobra cabeza – mentón.</p> <p>6. Determinar si el paciente respira. Realiza Maniobra M-E-S (mirar, escuchar sentir).</p> <p>7. Si el paciente no respira, Iniciar respiración de apoyo: respiración boca a boca. Debe mantenerse abierta la vía aérea del paciente, ocluir la nariz y sellar su boca con la boca el reanimador. Se procede a una inspiración profunda y ocluyendo la</p>	<p>1. Omitir este paso pone en riesgo la iniciación de las intervenciones.</p> <p>2. Permite reconocer la situación de un paro cardiorrespiratorio e iniciar maniobras de resucitación</p> <p>3. Permite valorar el estado de ventilación del paciente.</p> <p>4. Los cuerpos extraños podrían evitar una ventilación espontánea.</p> <p>5. Las maniobras cabeza-mentón permiten que, en ocasiones, víctimas que no respiraban inicien su respiración nuevamente al facilitar la circulación de aire por la vía respiratoria.</p> <p>7. La respiración boca a boca es una manera rápida y efectiva para suministrar alguna fracción de oxígeno, ya que el aire que espiramos contiene suficiente oxígeno para satisfacer las necesidades de soporte.</p>

boca del paciente con la boca, se sopla lentamente por 2 segundos cada vez, comprobando visualmente que el tórax se expande con cada insuflación; se programa una ventilación cada 4 a 5 segundos, de manera que se cumplan unas 10 a 12 respiraciones por minuto.

8. Cuando se dispone de oxígeno suplementario, se deben utilizar velocidades de flujo de 8 a 12 litros por minuto el reanimador debe optar por ofrecer un volumen corriente que mantenga la saturación de oxígeno y provoque expansión torácica visible. Si no hay oxígeno suplementario, el reanimador debe intentar suministrar el mismo volumen corriente de aire, recomendado en la respiración boca a boca (10 mL/kg, 700 a 1.000 mL) en 2 segundos.

9. **Verificar el Pulso:** Comprobada la ausencia de respiración e iniciado el soporte respiratorio con dos o cinco insuflaciones, se procede a examinar el componente circulatorio.

10. El lugar indicado para palpar el pulso es la arteria carótida del lado más cercano al examinador. Se mantiene extendida la cabeza del paciente con una mano sobre la frente (si no hay contraindicación por trauma) y se localiza el cartílago tiroideo; se deslizan dos dedos en el surco entre la tráquea y los músculos laterales del cuello y se aplica presión suave a fin de no colapsar

9. La ausencia de pulso indica paro cardíaco y necesidad de practicar compresiones torácicas; este dato, sin embargo, no es absoluto porque puede ser difícil palpar el pulso en algunas personas.

<p>la arteria; ahora se concentra la atención en detectar durante cinco a diez segundos si hay pulso palpable. Si no hay pulso palpable, se inician compresiones torácicas.</p> <p>11. Se sugiere una frecuencia de 100 compresiones por minuto para lograr flujo sanguíneo anterógrado adecuado durante la RCP.</p> <p>12. La relación entre ventilaciones y compresiones en los adultos, sean efectuadas por un solo reanimador o por dos, deben ser de 15 por 2 ya que esta secuencia permite practicar más compresiones torácicas por minuto. Las compresiones deben practicarse sobre la mitad inferior del esternón; los brazos del reanimador se ponen a 90 grados con respecto al tórax del paciente, evitando doblar los codos y deprimiendo el tórax una tercera parte de su diámetro con cada compresión.</p> <p>13. Desfibrilación, se determina si hay fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Si es así, se procede a desfibrilar y se inicia el ABCD secundario.</p> <p>14. Si no hay fibrilación ventricular, se</p>	<p>11. Las compresiones torácicas generan flujo sanguíneo al aumentar la presión intra torácica. Se considera que la sangre bombeada hacia los pulmones por las compresiones torácicas, acompañadas de soporte ventilatorio, suministran una cantidad adecuada de oxígeno a los órganos vitales hasta que se inicien maniobras avanzadas.</p> <p>13. La mayoría de los eventos de colapso cardiorrespiratorio no traumático en un paciente adulto se acompañan de fibrilación ventricular. El tiempo entre el momento del colapso y la maniobra desfibriladora es un determinante individual definitivo para la supervivencia.</p>
--	--

continúa la RCP y se inicia el ABCD secundario(Reanimación Cardiopulmonar avanzada).	
--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO B2-2
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
REANINACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA

Descripción

La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada es una actuación encaminada a la instauración de la circulación espontánea, haciendo uso de la RCP-Básica y de técnicas avanzadas como la desfibrilación, el manejo de la vía aérea incluida la intubación endotraqueal, la ventilación, la circulación y la administración de medicación intravenosa. A diferencia de la RCP-Básica , la aplicación de estas técnicas específicas exige la presencia de más de dos reanimadores. El número de personas aconsejable no debe ser inferior a tres o cuatro, deben configurar un solo equipo dirigido por el más experto y deben estar entrenadas para resolver el paro cardíaco (PC) y saber aplicar las diferentes técnicas reseñadas.

Indicaciones

Paro Cardiorrespiratorio.

Materiales

- Desfibrilador
- Medicamentos de paro (atropina, adrenalina).
- Laringoscopio
- Tubos endotráqueales

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente puede continuar en paro cardiorrespiratorio a pesar de las maniobras del ABCD primario y de la eventual descarga desfibriladora que se le aplique. 2. Una vez efectuados los pasos iniciales, si persiste la condición de colapso son necesarias nuevas medidas secuenciales críticas. 3. Se ordena Intubación, se comprueba que sea la adecuada, se canaliza una vena y se establece monitorización continua. 4. Se estudia el diagnóstico diferencial. <p>Vía Aérea: Asegurar la vía aérea</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Verificar si está en acción el soporte adecuado con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla, utilizando cánula orofaríngea, presión cricoidea y 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Asegurar el soporte de oxigenación en el paciente

<p>frecuencia correcta, puede no ser necesario de inmediato un procedimiento invasor; no se debe precipitar desordenadamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Se llama al equipo de intubación, se le organiza, se preoxigena al paciente y se procede con tranquilidad. 7. Preparación del equipo de intubación: se comprueba que el balón del tubo se encuentra en buen estado. 8. Se preoxigena por 20 a 30 segundos con el dispositivo bolsa-válvula-mascarilla. 9. Si hay respiración espontánea, la preoxigenación se puede lograr administrando alto flujo de oxígeno durante tres minutos (siempre y cuando exista buen volumen corriente). 10. Se aspira en caso necesario (unos diez segundos). 11. Se oxigena nuevamente. 12. Se intuba utilizando el laringoscopio con la mano izquierda y manipulando el tubo con la derecha. 13. Se infla el balón. <p>Buena ventilación.</p> <p>Se confirma siempre la correcta posición del tubo y la ventilación adecuada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Asegurarse siempre del resultado adecuado de la intubación. 15. Se ausculta primero el epigastrio y se verifica que el tórax se expande al 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Fortalecer la capacidad de tratamiento en el paciente para evitar secuelas 8. Asegura la oxigenación a las células mas sensibles del organismo. 9. Evaluar constantemente el patrón respiratorio. 10 Facilita la permeabilidad de las vías aéreas. 12 Técnica mas adecuada para la intubación. 13 Para asegurar el tubo endotraqueal. 14 Asegura la oxigenación a las células mas sensibles del organismo. 15 Si escucha gorgoteo gástrico y no hay expansión torácica, se deduce
---	---

<p>insuflar a través del tubo con el dispositivo bolsa-válvula.</p> <p>16. Retirado el tubo, intentar nuevamente la intubación luego de preoxigenar por 15 a 30 segundos con dispositivo bolsa-válvula, administrando oxígeno al 100%. Nunca intentar la intubación con el mismo tubo que llegó al esófago, por riesgo de infección del árbol traqueo-bronquial.</p> <p>17. Al Intubar y detectar sonidos adecuados en ambos hemitórax, corroborados por juiciosa auscultación comparativa en ápices, axilas y bases, se procede a fijar el tubo de modo que no se desplace, éste debe pasar 1 a 2 cm más allá de las cuerdas vocales.</p> <p>18. Una vez fijado el tubo, se coloca una cánula orofaríngea para evitar mordedura del tubo y se conecta a la fuente de oxígeno o al dispositivo de ventilación escogido.</p> <p>Circulación. Canalización de una vena.</p> <p>Monitorización constante del paciente</p> <p>19. Se colocan los electrodos y se conecta el monitor, controlando todo el tiempo la evolución del ritmo y correlacionándolo con la condición del paciente.</p> <p>20. Si hay pulso palpable, determinar la presión arterial.</p> <p>21. Realizar el acceso intravenoso. La vena recomendada para primera</p>	<p>que la intubación es esofágica y se retira el tubo de inmediato.</p>
---	---

elección es la antecubital. El líquido para iniciar el manejo es solución salina normal. Realizar las preparaciones para administrar los medicamentos necesarios.

22. Cuando se utiliza la vena para inyectar medicamentos, siempre se debe administrar un bolo posterior de 20 mL de solución salina y elevar el brazo del paciente.

Diagnóstico Diferencial

y Tratamiento en Consecuencia

23. Repasar los eventos y tratar de determinar qué ha ocurrido, respondiendo a:

- ¿Qué ocasionó el colapso cardiovascular?
- ¿Por qué no hay respuesta?
- ¿Qué otras causas debo considerar?
- ¿He efectuado todo el ABCD primario y secundario u omití algún paso?

24. Revisar inmediatamente después, los ritmos causantes de colapso y su manejo en forma específica.

25. Cuando en la pantalla del monitor se detecta que no existe complejo QRS normal, hay tres opciones específicas de diagnóstico:

- Fibrilación ventricular.
- Taquicardia ventricular (en este caso sin pulso).
- Asistolia.

26. Un cuarto ritmo de colapso en el que puede haber complejos QRS normales en el monitor es la

Actividad Eléctrica sin pulso. 27. Una vez obtenida la información electrocardiográfica y realizada su valoración el algoritmo se divide en 2 ramás FV/TVSP y otros ritmos (asistolia y DEM).	
--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO B3 MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

Descripción

La monitorización de la presión venosa central se refiere a la presión en el interior de la aurícula derecha. Esto puede ofrecer una estimación del estado de volumen en el corazón derecho. El intervalo normal es de 3-10 cc de H₂O.

Indicaciones

Alteraciones del estado del volumen de líquidos.
Para dirigir la reposición de líquidos en la hipovolemia.
Para valorar la eficiencia de la administración de diuréticos.
Para valorar la función del corazón derecho.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera.

Equipo y material

- Equipo de presión venosa central.
- Manómetro, con una llave de tres vías graduado en cm de H₂O.
- Tubos de extensión
- Equipo de venoclisis y de administración de líquidos
- Palo de gotero.
- Marcador indeleble.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.</p> <p>2. Colocar al paciente en la posición adecuada, decúbito supino.</p> <p>3. Colocar el manómetro de manera que el punto cero coincida con la línea media axilar, que se corresponde con la aurícula derecha.</p> <p>4. Disponer de un catéter canalizado a través de la vena basílica o yugular externa hacia la vena cava o hacia la aurícula derecha.</p> <p>5. El equipo de presión venosa central deberá estar conectado al suero fisiológico, y una vez purgado se conectará al catéter central, de forma que</p>	<p>1. Permite la colaboración del paciente.</p> <p>2. Permite disminuir los riesgos.</p> <p>3. Permite una valoración más exacta.</p> <p>5. El suero fisiológico no causará alteración hemodinámica.</p>

<p>la llave de tres pasos de la base del manómetro permita el paso de suero fisiológico hacia el catéter, manteniendo de esta forma la vía permeable.</p> <p>6. Lavado de manos y colocación de guantes.</p> <p>7. Colocar el manómetro verticalmente en el pie de gotero, recordando que el punto cero deberá coincidir con la línea axilar media del paciente.</p> <p>8. Girar la llave de tres pasos de forma que el suero fisiológico llene la columna del manómetro.</p> <p>9. Girar la llave de tres pasos de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter.</p> <p>10. Observar el descenso de la columna de líquido en el manómetro.</p> <p>11. La columna de líquido del manómetro comenzará a descender fluctuando con las respiraciones del paciente.</p> <p>12. Una vez estabilizado el líquido, durante un mínimo de 2-3 movimientos respiratorios, se realizará la lectura en el manómetro, indicándonos dicha lectura la PVC.</p> <p>13. Realizar la medición colocando los ojos a la altura de la columna.</p> <p>14. Girar la llave de tres pasos de forma que permita el flujo de suero fisiológico hacia el catéter.</p> <p>15. Registrar la cifra de PVC en la hoja de enfermería.</p>	<p>6. Es parte de la bioseguridad requerida.</p> <p>7. Es un indicador del nivel flebostático.</p> <p>8. Permitirá cerrar el circuito en preparación de la medición de la PVC</p> <p>12. Es el indicador que será registrado y posteriormente analizado.</p> <p>14. Permite limpiar el catéter y a la vez lograr la permeabilización.</p>
--	---

--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO C1 SONDAJE NASOGÁSTRICO

Descripción

El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.

Indicaciones

Nutrición enteral, se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

Lavado gástrico, es una indicación de uso restringido en atención primaria. Se recurre a ella en casos de:

- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.
- Sospecha de hemorragia digestiva alta.
- Necesidad de obtener cultivos gástricos ante la sospecha de tuberculosis.

Contraindicaciones

- Presencia de vómitos persistentes.
- Hemorragia gastrointestinal aguda.
- Íleo o pseudoobstrucción intestinal grave.
- Desproteinización visceral grave.
- Obstrucción nasofaríngea o esofágica.
- Traumatismo máxilofacial severo y/o sospecha de fractura de la base del cráneo.
- Sospecha o evidencia de perforación esofágica.
- Coagulopatía severa no controlada.
- No se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.
- La presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa no es una contraindicación absoluta, pero exige valorar muy bien su indicación en el primer nivel de atención y extremar las precauciones.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Sonda nasogástrica del calibre adecuado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Jeringa de 50 ml.
- Estetoscopio
- Vaso con agua.
- Tapón para sonda o pinzas.
- Guantes desechables.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar. 2. Colocar al paciente en posición adecuada: posición de Fowler. 3. Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento. 4. Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar. 5. Decirle al paciente que se suene y examinar orificios nasales. 6. Decir al paciente que respire alternativamente por cada uno de los orificios mientras se bloquea el contralateral. 7. Medición de longitud de la sonda (nariz, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite la colaboración del paciente. 3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo. 5. Permite comprobar la permeabilidad nasal. 6. Permitirá identificar el orificio por el que respire mejor. 7. Permitirá determinar la cantidad de

<p>lóbulo oreja, apéndice xifoides).</p> <p>8. Señalización de la medida en la sonda.</p> <p>9. Lubricar extremo distal de la sonda.</p> <p>10. Introducir la sonda por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio.</p> <p>11. Una vez pasada la resistencia de los cornetes, se habrá llegado a la orofaringe.</p> <p>12. Le diremos que se relaje, que incline la cabeza hacia delante (con este movimiento se cierra la vía aérea) y que intente tragar saliva o un sorbito de agua.</p> <p>13. Verificar la colocación apropiada empujando suavemente y pidiendo al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua).</p> <p>14. Si aparecen náuseas, detenerse y aplicar movimiento de rotación mientras avanzamos la sonda en dirección al esófago.</p> <p>15. Continuar introduciendo la sonda hasta llegar al estómago hasta que la marca de referencia quede a nivel de la nariz.</p> <p>16. Comprobar que la sonda se encuentra en el estómago: aspirar contenido gástrico, insuflar 20-50 ml de aire mientras se ausculta con el estetoscopio en epigastrio.</p> <p>17. Fijar la sonda con esparadrapo.</p> <p>18. Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar</p>	<p>sonda que debemos introducir para llegar al estómago.</p> <p>10. Disminuye la posibilidad de traumatismo.</p> <p>12. La colaboración del paciente es importante para evitar complicaciones y disminuir los tiempos de tratamiento.</p> <p>13. Permite tener seguridad del logro de los objetivos sin riesgos para el paciente</p> <p>14. Se tendrá la seguridad de la ubicación de la sonda.</p> <p>15. Importante para evitar movimientos, o extubación.</p> <p>16. Queda el registro como evidencia del procedimiento.</p>
---	---

un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados.

19. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.

20. Recoger el material utilizado.

21. Lavado de manos.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO C2

LAVADO GÁSTRICO

Descripción

La Intubación Gástrica comprende la inserción de la sonda hacia el estómago, a través de la nariz o la boca, para la evacuación gástrica o el lavado para la eliminación de un posible tóxico que permanece en el estómago evitando su absorción.

Indicaciones

- Vaciamiento del contenido gástrico y supresión del vomito causado por el íleo o una obstrucción mecánica.
- Eliminación de sustancias tóxicas.
- Prevención de la dilatación gástrica y la aspiración en pacientes con traumatismos grandes.
- Instilación del medio de contraste radio paca.
- Realización del lavado gástrico terapéutico o diagnóstico.

Contraindicaciones

- En Pacientes que han ingerido sustancias cáusticas (Ej. ácido, lejía, etc) puede producir lesión esofágica añadida.
- En pacientes con traumatismo facial o fractura de base de cráneo, debe realizarse por vía oral.
- Ingestión de hidrocarburos.
- No debe realizarse en niños con posibilidad aspirar o depresión vagal.

Equipos y Materiales

- Equipo de aspiración, si es necesario.
- Estetoscopio.
- Sonda Gástrica según edad del paciente (Nº 6, 8,10,...14).
- Lubricante Hidrosoluble.
- Jeringa 60ml. con punta de catéter.
- Recipiente de emesis.
- Tela adhesiva (esparadrapo).
- Guantes estériles.
- Solución Salina.
- Sábana para inmovilizar al niño pequeño.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Explique al paciente el procedimiento, según la edad. 2.Si el paciente está alerta, colocarlo en posición semifowler. 3.Colocar la sonda nasogástrica tomando en cuenta la distancia entre la punta de la nariz hasta el lóbulo del pabellón de la oreja, de allí hasta el apófisis xifoides. Luego marcar la sonda. 4.Examine la nariz y seleccione la fosa nasal.	1. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente durante el procedimiento. Protege la individualidad del paciente. 2. Facilita el éxito de la canalización del sondaje. 3. Facilita el conocimiento de la longitud del sondaje

<p>5. Lubrique la sonda con solución hidrosoluble.</p> <p>6. Inserte la sonda en el orificio nasal.</p> <p>7. Una vez que la sonda esté en orofaringe, haga que el paciente flexione la cabeza hacia delante y degluta varias veces.</p> <p>8. Verifique la colocación apropiada aspirando el contenido gástrico o inyectando aire a través de una jeringa, mientras se verifica con el estetoscopio.</p> <p>9. Asegure la sonda con el esparadrapo.</p> <p>10. Instile solución salina mediante la jeringa de 60 ml, extraiga con suavidad el líquido del estómago y deshéchelo en un recipiente medidor.</p> <p>11. Continúe el lavado gástrico hasta que el líquido salga claro (1 o 2 litros).</p> <p>12. Si se prescribe un antídoto local (carbón activado), introducirlo después de lavar.</p> <p>13. Pinzar la sonda, retirarla con rapidez y suavidad.</p> <p>14. Retirar la inmovilización limpiando al paciente y brindando seguridad.</p> <p>15. Realizar anotaciones de enfermería (cantidad, olor, color, tipo y aspecto del jugo gástrico).</p>	<p>5. Disminuye el dolor y el riesgo a traumas</p> <p>7. Facilita la buena canalización y sondaje</p> <p>8. Brinda seguridad con respecto al éxito del procedimiento.</p> <p>9. Cualquier desplazamiento de la sonda facilita el retiro de cavidad gástrica.</p> <p>10. Permite la remoción de partículas del tóxico, evitando la absorción del mismo.</p> <p>12. Contrarresta el efecto del tóxico.</p> <p>15. Describe la evidencia del procedimiento.</p>
--	--

--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO C3 APLICACIÓN DE ENEMA

Descripción

Es la instilación de una preparación en el recto y el colón sigmoideo. Se administra principalmente para favorecer la defecación mediante la estimulación del peristaltismo. El volumen del líquido instilado disuelve la masa fecal, distiende la pared rectal e inicia el reflejo defecación. También se administran como vehículo para sustancias que ejercen un efecto local sobre la mucosa rectal.

Indicaciones

- Alivio temporal del estreñimiento.
- Eliminación de heces impactadas.

- Vaciamiento del intestino antes de la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o de parto.
- Comienzo de un programa de adiestramiento intestinal.

Contraindicaciones

- Sospecha de cuadro obstructivo.
- Pacientes cardíacos.
- Desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Dolor abdominal agudo.

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Recipiente con la solución a instilar en volumen correcto (de 750 a 1000cc).
- Sonda rectal número con tamaño adecuado.
- Guantes desechables y soleras.
- Jaleas lubricantes y papel higiénico.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Evalúe el estado del paciente, su patrón eliminatorio, presencia de hemorroides, movilidad y control del esfínter externo del ano. 2. Revisar las indicaciones. 3. Preparar el material necesario. 4. Explique el procedimiento al paciente.	1. Permite evitar cualquier complicación o identificar causas para la suspensión del procedimiento. 2. Otorga seguridad de que sea el paciente indicado 3. Organiza la actividad, por lo tanto la eficacia del procedimiento. 4. Reduce la ansiedad y estimula la cooperación.

<p>5. Lavarse las manos y calzarse los guantes.</p> <p>6. Mantenga la individualidad del paciente.</p> <p>7. Asegúrese que el paciente no corre peligro con la posición lateralizada. De ser necesario levante la baranda opuesta.</p> <p>8. Coloque al paciente decúbito lateral, al niño se le colocara decúbito supino.</p> <p>9. Los pacientes que tienen un control inadecuado de los esfínteres deben colocarse de forma cómoda sobre una cuña decúbito supino.</p> <p>10. Coloque una solera impermeable sobre las nalgas.</p> <p>11. Cubra al paciente con una sabana dejando al descubierto solo la región rectal.</p> <p>12. Coloque la cuña en posición fácilmente accesible si se planea que el paciente evacue en el cuarto de baño.</p> <p>13. Asegurarse que el baño este libre.</p> <p>14. Coloque lubricante en la punta del dispensador.</p> <p>15. Separe suavemente las nalgas y localice el recto.</p> <p>16. Pida al paciente que se relaje respirando lentamente a través de la boca.</p> <p>17. Introduzca el dispositivo lentamente: en el adulto de 7.5 a 10cm, en niños de 5 a 7.5 cm, lactante de 2.5 a 3.75cm</p> <p>18. Presione el dispensador hasta que toda la solución entre en el recto y el colón</p>	<p>5. Disminuye los riesgos de contaminación.</p> <p>6. Es parte de los derechos del paciente.</p> <p>7. Brinda seguridad al paciente, evitando riesgos de caídas.</p> <p>8. Permite que la solución del enema fluya hacia atrás por la gravedad a lo largo de la curva natural del colón sigmoide y recto, aumentando la retención de la solución</p> <p>9. En el caso de que el paciente no retenga la solución.</p> <p>10. Evitará mojar las sábanas en caso de derrame de la solución</p> <p>11. Reduce la inquietud del paciente.</p> <p>13. Evitará esperas innecesarias.</p> <p>14. Disminuye la posibilidad de trauma y dolor.</p> <p>15. Permite visualizar el ano.</p> <p>16. La expiración favorece la relajación del esfínter rectal.</p> <p>17. Previene traumatismos de la mucosa rectal.</p> <p>18. Ayuda a manejar la gravedad.</p>
---	---

<p>(250CC). En caso sea con dispensador no comercial, se utiliza sonda rectal la cual debe ser introducida de acuerdo a la medida mencionada.</p> <p>19. Eleve el envase del enema lentamente a nivel adecuado por encima del ano: enema alto, 45 cm; enema bajo : 30cm.</p> <p>Si el paciente se queja de calambres descender el envase o pince la sonda. Evalúe la fluidez de la solución administrada por el enema y si se pierde por el lugar de la cánula de inserción.</p> <p>20. Retirar la cánula o sonda haciendo uso de varias capas de papel higiénico en forma lenta.</p> <p>21. Explique al paciente que es normal que experimente una sensación de distensión. Pídale que retenga la solución de 10 a 15 minutos o cuanto le sea posible</p> <p>22. Deseche todo lo utilizado.</p> <p>23. Ayude al paciente a ir al baño.</p> <p>24. Observe las características de las heces y de la solución.</p> <p>25. De ser necesario realice higiene peri anal.</p> <p>26. Anotar los hallazgos: tipo y volumen del enema administrado, color, cantidad y consistencia de las heces.</p> <p>27. Evaluar al paciente luego de haber eliminado los efectos del enema.</p>	<p>19. Incrementa la fuerza de desplazamiento del fluido</p> <p>21. La solución distiende el intestino. La duración de la retención varia con el tipo de enema y con la capacidad del paciente para contraer el esfínter anal. Una retención mayor favorece una estimulación más eficaz del peristaltismo y la defecación.</p> <p>23. Brinda seguridad.</p> <p>24. Permite verificar el efecto del enema</p> <p>25. El contenido fecal puede irritar la piel.</p> <p>26. Comunica en forma pertinente a todos los miembros del equipo de asistencia.</p> <p>27. La seguridad de equilibrio hemodinámico beneficia al paciente.</p>
--	--

--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO D1 CATETERISMO VESICAL

Descripción

El cateterismo vesical es un procedimiento muy común en un servicio de emergencia, comprende la inserción de la sonda a través del meato urinario hacia la vejiga para la evacuación del contenido vesical.

Indicaciones

- Retención urinaria con formación de globo vesical que no responde a medios físicos.

- Incontinencia urinaria.
- Exceso del volumen de líquidos relacionado a compromisos de los mecanismos reguladores (aumento de sodio, exceso de aportes de líquidos).
- Obtención de muestra estéril.

Contraindicaciones

- Trauma pélvico vesical, perineal y uretral
- Hematuria microscópica
- Cirugía uretral o vesical

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Sonda Vesical estéril según edad del paciente N° 8-10 para niños, N°14-16 para adultos.
- Una jeringa de 5 o10 cm.
- Suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Lubricante líquido estéril (vaselina, cloruro de sodio, xilocaina gel).
- Equipo para higiene de genitales.
- Riñonera
- Bolsa colectora
- Esparadrapo
- Chata o urinario

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Lavarse las manos con técnica aséptica.</p> <p>2. Preparar el equipo y tenerlo listo para su uso.</p> <p>3. Explicar al paciente el procedimiento y aislarlo de miradas extrañas.</p>	<p>1. Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.</p> <p>2. Ahorra tiempo y esfuerzo.</p> <p>3. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente</p>

<p>4. Colocar al paciente en posición de litotomía o ginecológica, manteniéndolo cubierto con una sabana.</p> <p>5. Realizar la higiene de genitales externos.</p> <p>6. Calzarse los guantes y lubricar la sonda con solución estéril.</p> <p>7. Coger la sonda con la mano derecha y con la mano izquierda sujetar el pené sin presionar, levantando hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen. En caso de ser mujer entre abrir los labios con la mano izquierda, ubicar el meato urinario e introducir la sonda sin hacer presión.</p> <p>8. Introducir la sonda en forma circular unos 15cm en el varón y en la mujer 8cm, hasta observar flujo de orina. Verificar si no hay acodaduras.</p> <p>9. Inyectar 5cc de agua destilada o suero fisiológico estéril por la rama más pequeña de la sonda.</p> <p>10. Conectar la sonda a la bolsa colectora y colocarla debajo de la cama del paciente</p> <p>11. Fijar la sonda externamente con esparadrappo a nivel del muslo de manera que no haya tirantez de la sonda para</p>	<p>durante el procedimiento. Protege la individualidad del paciente.</p> <p>4. Permite la exposición de los genitales externos para realizar el procedimiento. Respeta la privacidad.</p> <p>5. Disminuye la contaminación de la vejiga por vía ascendente.</p> <p>6. Evita el riesgo de contaminación; favorece el ingreso de la sonda sin causar dolor y/o irritación a nivel de la uretra.</p> <p>7. Esta posición facilita la introducción de la sonda por el orificio uretral y llegar hasta vejiga.</p> <p>8. La uretra femenina mide de 6-10 cm y de 13 a 17 en el varón.</p> <p>9. la inyección de líquido hasta que haga globo en la punta de la sonda cierra parcialmente la luz de la uretra impidiendo su retiro y asegurando la posición de la sonda en la vejiga.</p> <p>10. el colector a un nivel inferior del paciente facilita el descenso de la orina por gravedad.</p> <p>11. La fijación de la sonda evita que se desconecte cualquier parte del sistema que pudiera ocasionar contaminación e incomodidad del paciente.</p>
--	---

<p>evitar lesiones uretrales o genitales.</p> <p>12. Rotular la sonda y la bolsa colectora indicando fecha y hora de la colocación de la sonda.</p> <p>13. Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería acerca del procedimiento.</p> <p>14. Limpiar y dejar el equipo en orden.</p> <p>15. Desocupar la bolsa colectora cada 6 horas como mínimo o de acuerdo a la prescripción médica.</p> <p>16. Medir el volumen urinario y observar sus características.</p>	<p>12. Permite controlar el tiempo de permanencia de la sonda para un nuevo cambio si es necesario.</p> <p>13. Produce bienestar al paciente. Permite informar al personal y registrar los hallazgos</p> <p>14. Permite que pueda utilizarse el equipo cuando sea necesario.</p> <p>15. Para evitar infecciones.</p> <p>16. Medir y valorar el volumen para evitar la descompensación brusca y rápida que pueda ocasionar problemas en la volemia.</p>
--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO E2 MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRENEANA

Descripción

La monitorización de la presión intracraneal ofrece datos continuos referentes a la presión ejercida en el interior de la bóveda craneal. La medición directa de la PIC se logra mejor mediante el uso de un catéter intraventricular insertado en el ventrículo lateral.

Indicaciones

- Pacientes con traumatismo encefálico
- Hematoma intracerebral
- Hemorragia subaranoidea
- Infecciones del sistema nervioso central
- Encefalopatías tóxicas o metabólicas
- Edema cerebral e hidrocefalia
- Lesiones isquémicas y lesiones que ocupan espacio

Contraindicaciones

- Trastornos de coagulación
- Edema cerebral generalizado lo que provoca una disminución del tamaño de los ventrículos por compresión

Recursos Humanos

Enfermera.

Equipo y material

- Rasuradora
- Recipiente con esponjas con solución de yodopovidona
- Lidocaina con o sin epinefrina
- Jeringas de 5 y 10 ml con agujas de diferentes tamaños
- Módulo y monitor de presión
- Llave de tres vías
- Transductor
- Tubo de presión de 12 pulgadas

PROCEDIMIENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Llene una jeringa de 10 ml con solución estéril no bacteriostática para inyección.2. Conecte el extremo abierto del transductor al puerto lateral de la llave.3. Conecte el sistema de presión de 30 cm. al otro lado del puerto de la llave.4. Conecte la jeringa de 10 ml al puerto vertical de la llave.

5. Cierre la llave hacia el transductor y purge el tubo de presión.
6. Cierre la llave que va hacia el tubo de presión y purge el transductor. Abra la llave hacia el transductor y hacia el tubo.
7. Retire la jeringa y coloque el luer- lok en el extremo abierto de la llave.
8. Conecte el transductor al cable de presión. El cable de presión debe conectarse al modulo de presión del monitor.
9. Fije con esparadrapo el transductor a una toalla enrollada para mantener la posición en el nivel correcto.
10. Eleve la cabecera de la cama. El cuello debe mantenerse en posición neutra. Coloque una barrera de protección bajo la cabeza.
11. Afeitar el cabello alrededor del lugar de la inserción y preparara el área con las gasas humedecidas con solución de yodopovidona.
12. El médico realizara un orificio en la región anterior a la sutura coronal. Insertara el catéter.
13. Se conecta el tubo de presión transductor al otro extremo del puerto. El extremo distal de catéter se sutura al cuero cabelludo.
14. Registre la presión de apertura.
15. Mantenga el transductor a nivel del foramen de Monro.
16. Extienda el betadine sobre el lugar de inserción, cubra el lugar con un parche ocular o con gasa y fijelo con esparadrapo.
17. Utilizando el cordón provisto, suspenda el sistema de recogida de drenaje externo del porta sueros fijo a la cama. La cámara de goteo por lo general se coloca de 10 a 20 cm por encima del foramen de Monro.
18. El LCR debe drenaje de manera intermitente o continua según esté prescrito. Con el drenaje intermitente el sistema se abre hacia el drenaje cuando la PIC alcanza un cierto nivel. El médico por lo general prescribe el drenaje del LCR cuando la PIC es mayor de 20mmHg.
19. El sistema debe cerrarse hacia el drenaje cuando la lectura de PIC se obtiene para registro.
20. Evitar las obstrucciones del sistema de drenaje
21. Evalúe y registre la cantidad el color y la claridad del drenaje del LCR.
22. Asegure la integridad del sistema para prevenir la entrada de aire y las infecciones.
23. calibre el transductor a cero cada turno, después de cambios de posición

y cuando existe algún cambio súbito en la lectura de la PIC o en la forma de la onda.

24. Monitorice la forma de la onda en el monitor.

25. Notifique al médico si observa formas de onda anormales.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO F1 ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

Descripción

Ante el desencadenamiento de la conducta agresiva en el paciente, uno de los procedimientos indispensables para controlarlo, es la aplicación de psicofármacos, que

requiere de mucha habilidad y destreza por parte de la enfermera, además de un constante monitoreo con el fin de identificar complicaciones posteriores, en vista del efecto depresor de estos fármacos.

Indicaciones

-Intento o agresión física a familiares, equipo de salud u otras personas que se encuentren alrededor del paciente.

-Intento de autoagresión del paciente, que puede ser con objetos a su alcance.

Contraindicaciones

- Pacientes con antecedentes de problemas cardiovasculares o respiratorios.
- Pacientes con efectos de consumo de alcohol y/o drogas.
- Pacientes con signos de sedación por intoxicación con fármacos.
- Pacientes con antecedentes de alergia o que hayan presentado complicaciones en anterior oportunidad.

Equipo

- Riñonera
- Liga para torniquete
- Alcohol
- Algodón
- Jeringas
- Agujas
- Psicofármaco (según indicación médica)

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Recibir la indicación médica para la administración del psicofármaco.	1. Es importante la prescripción médica en caso de medicamentos controlados.

<p>2. Controlar las funciones vitales del paciente.</p>	<p>2. La valoración previa del estado hemodinámica, ofrece seguridad en la administración de medicamentos.</p>
<p>3. Verificar nombre, fecha de vencimiento, estado de la solución.</p>	<p>3. Los cinco correctos permiten brindar seguridad en las intervenciones.</p>
<p>4. Cargar el fármaco en la jeringa teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.</p>	<p>4. Permite la liberación de riesgos a problemas de salud sobreagregados.</p>
<p>5. Elegir una vena de mayor calibre, en especial del miembro que esté más fijo a la cama.</p>	<p>5. Permite una mejor fluidez en la administración de medicamentos</p>
<p>6. Administrar el fármaco lentamente, que en la mayoría de veces es una benzodiacepina.</p>	<p>6. Es importante no dañar al paciente, en caso que el paciente presente una notoria dilatación venosa, y el estado de agitación sea incontrolable, se puede obviar el torniquete con la liga.</p>
<p>7. Dialogar durante el proceso con el paciente.</p>	<p>7. Se incentiva al paciente para su colaboración, haciéndole saber nuestra intención de ayuda.</p>
<p>8. Informar al paciente las sensaciones que origina el fármaco en su organismo.</p>	<p>8. Disminuye los temores.</p>
<p>9. Evaluar el efecto sedativo, controlando las funciones vitales post administración.</p>	<p>9. Muchos de éstos fármacos tienen un efecto hipotensor .</p>
<p>10. Controlar periódicamente al paciente en especial durante la primera hora luego de la administración del medicamento.</p>	<p>10. Permite monitorear la evolución del paciente durante la administración del tratamiento.</p>

--	--

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO H
VENDAJES**

Descripción

Los vendajes aplicados sobre o alrededor de los apósitos pueden proporcionar una protección y unos beneficios terapéuticos adicionales, Los vendajes pueden ser de bandas elásticas, de gasas o tela.

La finalidad de los vendajes es la de proporcionar: protección, seguridad, inmovilidad, dependiendo de su ubicación.

Pueden ser de diferentes tipos: circular, espiral, espiral cruzado, en ocho y recurrente.

El vendaje mamario, abdominal y en T son los llamados vendajes especiales.

Indicaciones

- Presión en región corporal
- Inmovilización de una región corporal
- Protegen una herida
- Reducción o prevención de un edema
- Fijación de una férula
- Fijación de un apósito

Contraindicaciones

- Abrasiones de piel

Persona Responsable

Licenciada en Enfermería.

Recursos Humanos

Enfermera y Técnica de Enfermería.

Equipo y material

- Vendas de acuerdo al tipo de vendaje.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Inspeccionar la piel en busca de	1. Cualquier alteración de la integridad de

<p>alteraciones de la integridad, como abrasiones, alteraciones de la coloración, rozaduras o edemas.</p> <p>2. Valorar el estado circulatorio, anotando la temperatura superficial, el color de la piel y la sensibilidad de la parte del cuerpo que se va a tajar.</p> <p>3. Comprobar las indicaciones médicas y algunas especificaciones.</p> <p>4. Tener el equipo necesario completo; verificar si el vendaje que presenta el paciente puede ser reutilizable o es necesario un cambio; tamaño y número de vendas.</p> <p>5. Explicar al paciente el procedimiento, haciendo hincapié en la presión que va a sentir.</p> <p>6. Lavarse las manos.</p> <p>7. Mantener la individualidad del paciente.</p> <p>8. Sostener el rollo de venda elástica con la mano dominante y utilizar la otra para sujetar con suavidad al comienzo de la venda en la zona distal de la región a vender. Pasar siempre el rollo a la mano dominante a medida que se venda la zona.</p> <p>9. aplicar el vendaje desde la zona proximal. Utilizando las vueltas necesarias para cubrir varias zonas de partes del cuerpo</p> <p>10. Desenrollar y estirar ligeramente la venda, superponer las vueltas</p>	<p>la piel contraindica la aplicación de un vendaje elástico.</p> <p>2. Es importante controlar idoneidad de la circulación. La obstaculización de la circulación se puede detectar en forma de frialdad al tacto en comparación con la zona colateral, cianosis o palidez de la piel.</p> <p>3. Permite la especificación en la realización del procedimiento.</p> <p>4. El tamaño y ancho de las vendas varia de acuerdo a la zona y la finalidad.</p> <p>5. Estimula la cooperación y reduce la ansiedad.</p> <p>6. Reduce la transmisión de infecciones.</p> <p>7. Reduce la inquietud del paciente.</p> <p>8. Mantiene una tensión del vendaje adecuada.</p> <p>10. El vendaje se aplica de forma que se adapta uniformemente a la zona y favorece el retorno venoso.</p> <p>11.Mantiene una tensión uniforme del</p>
---	--

<p>11 Fijar la primera venda antes de aplicar más rollos.</p> <p>12. Evaluar la circulación distal al terminar la aplicación del vendaje, al menos dos horas durante las primeras ocho horas.</p> <p>13 Registrar la aplicación del vendaje y la respuesta del paciente.</p>	<p>vendaje; evita que la tensión sea desigual y que la circulación resulte obstaculizada; evita que el final de la venda se suelte y se arrugue.</p> <p>12. La detección precoz de las alteraciones circulatorias asegura una función neurovascular correcta.</p> <p>13. Garantiza la continuidad del tratamiento, permite la comunicación entre el equipo de salud.</p>
--	--

GUÍA DE PROCEDIMIENTO K SUJECIÓN MECÁNICA

Descripción

La seguridad es muy importante en la atención de un paciente violento, por ello, cuando éste pierde el control, no colabora o intenta agredir o auto agredirse, se hace indispensable la restricción física a través de la sujeción mecánica, que se define como el acto mediante el cual un equipo entrenado domina físicamente e inmoviliza al paciente.

Indicaciones

- Agresión física a familiares, equipo de salud u otras personas que se encuentren alrededor del paciente.
- Intento de autoagresión del paciente que puede ser con objetos a su alcance.

Contraindicaciones

- Pacientes que presenten complicaciones físicas osteoarticulares que le dificulten la marcha o la manipulación de objetos.
- Pacientes con complicaciones vasculares a nivel de miembros superiores y/o inferiores.
- Pacientes con signos de sedación parcial o profunda.

Material

- Muñequeras de tela o algún material no abrasivo.
- Sábanas o frazadas.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1.Coordinar con el médico de guardia la necesidad de la sujeción física en instantes que el paciente pierde el control.</p> <p>2. Evaluar el número de personas que serán necesarias para la reducción del paciente según su contextura física. En ocasiones, la sola presencia del personal de apoyo puede calmar al paciente lo suficiente como para hacerlo colaborar.</p> <p>3. Una vez tomada la decisión de realizar este procedimiento, se inicia una acción rápida y coordinada.</p> <p>4. Dar al paciente una explicación clara sobre su comportamiento, es decir que por estar fuera de control se requiere controlarlo para evitar que se haga daño o dañe a otras personas.</p> <p>5. A partir de ese momento no hay más discusiones ni negociaciones con el paciente.</p> <p>6. Conducir al paciente a un ambiente más seguro cama o cuarto de aislamiento (en caso lo tenga la institución).</p> <p>7. El paciente puede ser colocado con la cara hacia el suelo de tal forma que no pueda morder o dañar a alguien.</p> <p>8. Una vez asegurado, se usan sábanas o muñequeras, sujetando al paciente mecánicamente a la cama, inmovilizando</p>	<p>1. El trabajo coordinado mejora las condiciones de tratamiento del paciente.</p> <p>2. Muchas veces una sola persona es insuficiente, dependerá de las características físicas del paciente (fuerza, estatura).</p> <p>3. El factor sorpresa no permitirá que el paciente adopte nuevas formas de evitar el tratamiento.</p> <p>4. Aporta en la colaboración del paciente</p> <p>5. Las condiciones del paciente no le permiten entender y tomar decisiones acertadas.</p> <p>6. Evita daños sobreagregados</p> <p>7. Evita que el personal sufra agresiones</p> <p>8. Los aditamentos no deben ser filudos ásperos, de manera que no lesionen la piel del paciente.</p>

las cuatro extremidades. En caso de ser necesario se puede utilizar una sábana alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones.

9. Una vez que el paciente está inmovilizado, se deben hacer revisiones periódicas con el fin de garantizar una posición cómoda y funcional, manteniendo una adecuada circulación sanguínea en cada una de las extremidades.

9. Permite regular la fuerza de la sujeción, evitar complicaciones y manejar la respuesta del paciente al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Carpenito, L.J.** Diagnósticos de Enfermería, 9na Ed, Ed, Mc GRaw-Hill Interamericana, Barcelona
2. **Carpenito, L.J.** Planes de Cuidado y documentación en Enfermería, 1ra Ed, 2004 Ed, Mc GRaw-Hill Interamericana, Barcelona
3. **Cortez C, Gloria, Castillo L Francisca.** Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y Cuidado de Enfermería, 3ra. Ed, Octubre 2004
4. **Colegio de Enfermeros del Peru, Consejo Regional III Lima Callao.** Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos de Cuidados de Enfermería. Peru 2001
5. **Dueñas Laita,** Intoxicaciones Agudas en Medicina de Urgencias y cuidados Críticos,1999.
6. **Duran, M.** Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nac. De Colombia 2001. Bogota
7. **Hall Guston** Tratado de Fisiología Médica 9na. Ed. Editorial Interamerican.
8. **Jiménez, T. Gutierrez, E.** El Proceso de Enfermería. Una metodología para la practica. Universidad Nac. De Colombia, Facultad de Enfermería 1997
9. **Kidd, P. Sturt P.** Manual de Urgencias en Enfermería 2da. Edición 1998
10. **Urder Lough Stacy,** Cuidados Intensivos en Enfermería Ed. Haurcouth Brace 2da ed. Barcelona
11. **Smeltzer, S. Bare B.** Tratado de Enfermería Medico Quirúrgica 9na Ed. 2000 Mc Graw-Hill Interamericana. México
12. **Shoemaker, Joyce.** Characteristics of a Nursing Diagnosis,1985.