



# Procedimientos de Enfermería

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
Jose Miguel Gonzalez	Florencia Ramirez / Rodrigo Pérez P	Pablo Gonzalez S
CARGO	CARGO	CARGO
Enf Supervisor Atención Cerrada	Oficina de Calidad y Seguridad	Director
FECHA Y FIRMA	FECHA Y FIRMA	FECHA Y FIRMA
José Miguel González Rifo 15.171.754-3 EU Supervisor Atención Cerrada Hospital del Salvador 5/6/20	5/6/2020	5/6/2020



Calidad y seguridad del paciente

Hospital Del Salvador

Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## Contenido

INTRODUCCION.....	2
DOCUMENTACION DE REFERENCIA.....	2
OBJETIVO.....	2
ALCANCE.....	3
RESPONSABLES.....	3
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	3
SIGLAS.....	4
DESARROLLO.....	4
INSTALACIÓN DEL CATÉTER URINARIO PERMANENTE.....	4
EXTRACCIÓN DEL CUP.....	6
INSTALACION DEL CATÉTER URINARIO TRANSITORIO.....	6
MEDICIÓN DE DIURESIS EN PACIENTES CON CATÉTER URINARIO.....	7
MANTENCIÓN Y CUIDADOS CUP.....	8
INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS.....	9
INSTALACIÓN VÍA VENOSA PERIFÉRICA.....	9
MANEJO DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA.....	10
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA.....	12
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.....	16
PLAN DE MONITOREO.....	19
PLAN DE SUPERVISION.....	20
DISTRIBUCIÓN.....	20
FLUJOGRAMA.....	20
ANEXOS.....	21
CONTROL DE CAMBIOS.....	21



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## INTRODUCCION

Los procedimientos que realizan los enfermeros son parte relevante de la gestión del cuidado. Quien los realiza debe contar con conocimientos teóricos y con habilidades adquiridas a partir de lo aprendido en la formación y desarrolladas en el tiempo de trabajo ejercido. La realización de estos procedimientos debe considerarse en constante proceso de mejora, ya que suele surgir nueva evidencia en relación con su realización.

A continuación, describiremos 5 procedimientos (entre muchos otros) que realizan las/os enfermeras/as dentro de su labor de gestión del cuidado:

- Instalación de catéter urinario permanente
- Instalación de catéter urinario transitorio
- Instalación y manejo de vías periféricas.
- Administración de medicamentos endovenosos,
- Administración de medicamentos orales,

Algunos de estos procedimientos son de escasa frecuencia en nuestro establecimiento, razón por la cual se hace aún más relevante la existencia del presente protocolo, para guiar las acciones y normar las etapas de estos.

## DOCUMENTACION DE REFERENCIA

Manual de procedimientos generales de Enfermería, Hospital universitario Virgen del Rocío, junta de Andalucía, 2012, España  
GCL 1.1 version 3 HDS, 2018.

## OBJETIVO

### General

Velar por la seguridad del paciente en la realización de procedimientos de enfermería.

### Específicos

- Evitar infecciones asociadas a la atención en salud.
- Optimizar recursos físicos y humanos asociados a la realización de los procedimientos acá contenidos.
- Unificar criterios de realización en técnicas de enfermería, considerando la evidencia disponible
- Evitar Eventos Adversos asociados a las técnicas de enfermería.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## ALCANCE

El presente protocolo contiene procedimientos que serán aplicados a los pacientes, de atención cerrada (adulto e infante juvenil), que los tengan indicados en su plan de cuidado y/o tratamiento.

## RESPONSABLES

- **Enfermeros:** encargados de la indicación (según corresponda) realización y supervisión
- **Técnicos paramédicos:** encargados de la realización.
- **Médicos:** encargados de la indicación, según corresponda

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Instalación de CUP:** Introducción de una sonda a la vejiga a través del conducto uretral con el fin de establecer una vía de drenaje al exterior. Esta vía queda en el paciente por un periodo de tiempo mayor a 24 horas, razón por la que se le denomina permanente.

**Instalación de Catéter urinario en forma intermitente:** El sondaje vesical intermitente consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para su evacuación.

**Instalación de VVP:** Se entiende por la instalación de una vía o acceso venoso periférico, al abordaje de una vena superficial de localización extra-aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores, a través de un elemento cortopunzante (branula)

**Administración de medicamentos EV:** es la incorporación al paciente de medicamentos indicados por médicos, a través de un vaso sanguíneo, para este caso, periféricos.

**Administración de medicamentos VO:** es la incorporación al paciente de medicamentos indicados por médicos, a través de la boca; ya sea en comprimidos, capsulas, jarabes, u otra presentación.

**Acceso venoso periférico:** Abordaje de una vena superficial de localización extra aponeurótica.

**Extravasación:** La extravasación corresponde al paso de un líquido por fuera de su canal a los tejidos circundantes. Esta transferencia se puede realizar de dos maneras, por difusión o por la rotura del canal.

**Reconstitución medicamentosa:** Medicamento liofilizado o en polvo más solvente, que requiere mezclar para lograr el producto de administración endovenosa.

**Dilución de medicamentos:** Adicionar a una solución de medicamento una sustancia para disminuir su concentración, siendo habitual el uso de agua destilada o solución fisiológica.

**Módulos:** cajas individuales de pacientes de los dispensadores de medicamentos enviados desde farmacia



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

**Nombre:** Se entenderá por nombre cuando la firma o el uso de timbre describa, al menos

- 1 nombre y 1 primer apellido
- Inicial nombre y primer apellido
- Nombre e inicial primer apellido

## SIGLAS

- **HDS:** Hospital Psiquiátrico del Salvador
- **VVP:** vía venosa periférica
- **EV:** endovenoso
- **ITU:** Infección del tracto urinario
- **CUP:** Catéter urinario permanente

## DESARROLLO

### INSTALACIÓN DEL CATÉTER URINARIO PERMANENTE

Procedimiento de indicación médica, utilizado cuando un paciente tiene dificultad para evacuar de manera espontánea vejiga. La sonda queda instalada para favorecer un vaciado vesical permanente.

Responsable ejecución: Enfermera (o)

#### Consideraciones generales

- La instalación y mantención del catéter debe ser realizada por personal enfermería con técnica aséptica.
- Toda instalación y/o retiro de Sonda vesical, debe ser precedida de una indicación Médica.
- Los CUP deben ser instalados cuando sea indicado su uso y retirado tan pronto como sea posible (no deben ser instalados para la conveniencia del personal).
- Las Unidades deben contar con un programa de supervisión que documente el cumplimiento de los criterios de indicación y retiro de CUP.
- Instalar el catéter más pequeño posible (para minimizar trauma uretral), acorde indicación médica.
- El catéter debe ser asegurado en el muslo después de su inserción para prevenir movimientos y tracción uretral.
- Rotulación del catéter con fecha de instalación
- Toda instalación de Sonda vesical debe ser registrada



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## Materiales

- Bandeja con Material estéril
- Guantes de procedimientos y estériles
- Catéter Vesical
- Jeringa 10 cc.
- Recolector de Orina
- Agua Destilada en ampollas

## Procedimiento

1. Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar en lenguaje comprensible, si es posible dada las condiciones del paciente, preservar la intimidad y confidencialidad.
2. Realizar aseo genital, según técnica
3. Lavado de manos clínico.
4. Colocarse guantes estériles.
5. Colocar campo estéril
6. Cargar la jeringa con agua destilada de acuerdo a la capacidad del balón
7. Probar indemnidad del balón
8. Humedecer el catéter en su extremo distal con agua destilada esteril.
9. En el hombre en decúbito dorsal, traccionar el pene hacia arriba y en la mujer en posición ginecológica, separar los labios genitales de tal manera de visualizar el meato uretral.
10. Introducir suave y lentamente la sonda hasta el primer punto de resistencia (esfínter externo). Mantenga una presión suave y constante por un instante hasta que se relaje, continúe introduciendo en el hombre toda la sonda y en la mujer los 2/3 de ésta.
11. Cerciorarse que la sonda está en vejiga y no en uretra (presione región suprapúbica y confirme que la sonda se mantiene en su lugar y da salida a orina).
12. Inflar balón de la sonda según capacidad.
13. Conectar el catéter al recolector evitando que los extremos entren en contacto con superficies no estériles y cerrar el tubo de vaciado.
14. En los hombres volver el prepucio a su sitio a fin de evitar parafimosis.
15. Fijar el recolector en una posición de declive adosado a la cama, manteniéndolo
16. siempre bajo el nivel de la vejiga, libre de acodaduras y a distancia prudente del suelo.
17. Fijar el catéter a cara anterior de muslo.
18. Retirar equipo
19. Deje cómodo al paciente
20. Retirarse los guantes y lavarse las manos.
21. Registrar procedimiento consignando: fecha, hora, calibre sonda, volumen y características de la orina, incidentes durante el procedimiento, nombre y firma ejecutor.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

### EXTRACCIÓN DEL CUP

Responsable: enfermera/o

#### Materiales

- Sabanilla
- Guantes de procedimientos
- Jeringa 10 cc.
- Pato o chata

#### Procedimiento

1. Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar en lenguaje comprensible, si es posible dada las condiciones del paciente, preservar la intimidad y confidencialidad.
2. Lavado de manos clínico.
3. Colocar la sabanilla deslizándola bajo los glúteos del paciente.
4. Colocación de guantes.
5. Extraer mediante la jeringa el contenido del balón.
6. Sujetar el catéter urinario una gasa y retirarla suavemente, depositándola en la bolsa para residuos.
7. Ofrecer pato o chata al paciente si precisa.
8. Asegurar que el paciente esté lo más cómodo posible.
9. Retirar el material en los contenedores adecuados.
10. Retirar los guantes.
11. Comprobar que el volumen de orina en cada micción es adecuado tras la retirada de la sonda. Si el paciente no ha orinado entre 6 y 8 horas después, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo al médico.
12. Higiene de manos.
13. Registrar procedimiento.

### INSTALACION DEL CATÉTER URINARIO TRANSITORIO

Procedimiento de indicación médica, utilizado cuando un paciente tiene dificultad para evacuar de manera espontánea vejiga. La sonda es retirada una vez vaciada la vejiga

Responsable ejecución: Enfermera (o)

#### Materiales

- Bandeja con Material estéril
- Guantes de procedimientos y estériles
- Catéter Vesical
- Recolector de Orina
- Agua Destilada en ampollas



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

### Procedimiento

1. Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar en lenguaje comprensible, si es posible dada las condiciones del paciente, preservar la intimidad y confidencialidad. Realizar aseo genital, según técnica
2. Lavado de manos clínico.
3. Colocarse guantes estériles.
4. Colocar campo estéril.
5. Humedecer el catéter en su extremo distal con agua destilada estéril.
6. En el hombre en decúbito dorsal, traccionar el pene hacia arriba y en la mujer en posición ginecológica, separar los labios genitales de tal manera de visualizar el meato uretral.
7. Introducir suave y lentamente la sonda hasta el primer punto de resistencia (esfínter externo).
8. Mantenga una presión suave y constante por un instante hasta que se relaje, continúe introduciendo en el hombre toda la sonda y en la mujer los 2/3 de ésta.
9. Cerciorarse que la sonda está en vejiga y no en uretra (presione región suprapúbica y confirme que la sonda se mantiene en su lugar y da salida a orina).
10. Cuando salga orina, introducir 2-3 cm más
11. Dejar caer la orina al sistema de recogida (bandeja, frasco u otro).
12. Una vez que se haya evacuado toda la orina desde vejiga, retirar sonda.
13. Retirar equipo y dejar cómodo al paciente
14. Retirarse los guantes y lavarse las manos.
15. Registrar procedimiento consignando: fecha, hora, calibre sonda, volumen y características de la orina, incidentes durante el procedimiento, nombre y firma ejecutor.

## MEDICIÓN DE DIURESIS EN PACIENTES CON CATÉTER URINARIO

Responsable Ejecución: TENS

### Materiales

- Guantes de procedimiento
- 1 Frasco o copa graduado

### Procedimiento

1. Lavado clínico de manos.
2. Colóquese guantes limpios.
3. Revise el circuito de drenaje, que esté libre de acodaduras, se mantenga la gradiente vejiga-recolector de más o menos 1 metro y no esté en contacto con el piso.
4. Corrija, en caso de no encontrarlo como corresponde.





# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

5. Destape el tubo de vaciado evitando contaminarlo, no tocando el extremo distal
6. Vacíe la orina del recolector, sin que el tubo de vaciado toque las paredes del recipiente.
7. Una vez vaciada completamente la orina cierre el tubo y déjelo protegido en su estuche protector.
8. Retírese los guantes y lávese las manos según técnica.
9. Registrar en documentos de enfermería, cantidad, características de la orina medida.

## MANTENCIÓN Y CUIDADOS CUP

### Consideraciones generales

- Se debe mantener un sistema estéril cerrado permanente.
- El catéter y el tubo de drenaje no deben ser desconectados.
- Obtener muestra de orina bajo condiciones de asepsia por punción del extremo distal del catéter sin desconectar el circuito.
- Para lograr un flujo de orina continuo: se debe evitar que el tubo colector y el catéter sean ocluidos; vaciar en forma regular la bolsa colector (no debe entrar en contacto con el contenedor de orina ni alcanzar su capacidad total para evitar reflujo); mantener bolsa colector siempre bajo el nivel de la vejiga.
- Mantener el meato limpio y seco. Aseo genital 2-3 veces al día y cuando sea necesario.
- Cambiar el catéter urinario sólo en caso necesario.
- Vaciar bolsa recolectora a intervalos regulares y no sobrepasar  $\frac{3}{4}$  de su capacidad.
- Durante la medición de la diuresis, la válvula de vaciamiento del recolector no debe tocar el frasco que recibe la orina.
- El vaciamiento de la bolsa recolectora se debe realizar utilizando un receptáculo limpio y seco. Los guantes deben cambiarse entre pacientes.
- Deben cumplirse precauciones estándar.



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS

Se instalan frente a la necesidad de disponer de una vía intravenosa para administrar agua, electrolitos, nutrientes, fármacos, u otros. Es acción de enfermera/o según la indicación de algún fármaco de un médico, o frente a la urgencia determinada por una situación de eventual riesgo vital.

### INSTALACIÓN VÍA VENOSA PERIFÉRICA

Responsable de la Ejecución: Enfermera/o

#### Material

- catéter (branula, número a definir según criterio de enfermera/o).
- guantes desechables.
- algodón
- riñón o bandeja clínico.
- ligadura.
- alcohol pad.
- tela adhesiva.
- soporte de suero.
- tapón luer y/o llave de tres pasos.
- Matraz de suero y sistema de perfusión (bajada de suero).
- contenedor para material punzante.
- bolsa para residuos.

#### Procedimiento

1. Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar en lenguaje comprensible, si es posible dada las condiciones del paciente, preservar la intimidad y confidencialidad.
2. Lavado de manos clínico.
3. Colocarse los guantes de procedimientos
4. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
5. Limpiar el sitio de inserción con alcohol pad.
6. Dejar actuar el antiséptico (alcohol 70% por 30 segundos)
7. Tomar el catéter con la mano dominante. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamiento de la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena), ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
8. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

aguja o guía, hasta insertar completamente la cánula en la luz de la vena. Una vez iniciada la retirada de la aguja, no reintroducirlo, por el peligro de perforar el catéter.

9. Mientras se retira la guía del catéter (y se deposita en la caja de material cortopunzante), se debe presionar hacia distal de éste para evitar el reflujo de sangre.
10. Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos.
11. Si el catéter es para fleboclisis continua, conectar el equipo de infusión, previamente cebado, a la válvula de seguridad, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter.
12. Si el catéter es para uso intermitente, se conecta una tapa luer. Para corroborar y permeabilizar catéter, se carga una jeringa con 3 a 4 cc de suero fisiológico y se pasa por el catéter instalado.
13. Fijar el catéter con apósito transparente
14. Fijar equipo de infusión con tela a la piel para evitar tracciones e iniciar perfusión al ritmo indicado.
15. Registrar datos mínimos en la tela adhesiva de fijación (número de branula y fecha)
16. Retirarse y desechar los guantes utilizados en bolsa de desechos asimilables a domicilio (bolsa negra). Recoger el material sobrante, y llevarlo a la clínica donde se guarda.
17. Realizar lavados las manos.
18. Registrar procedimiento consignando en hoja de Enfermería: fecha, hora, calibre utilizado, lugar de inserción del catéter, nombre y firma ejecutor.

### MANEJO DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

Responsable de la Ejecución: Enfermera (o) y TENS.

#### Procedimiento

1. Vigilar la zona de inserción del catéter cada 24 horas mediante observación y palpación de la vena. En caso de dolor, enrojecimiento y aumento del calor local, se debe retirar el catéter venoso periférico.
2. Observar sitio de inserción se mantenga limpio y seco, con registro de fecha y hora de instalación.
3. El apósito transparente del sitio de punción e debe cambiar por otro, cada vez que se humedezca, se suelte, o se manche, previa pincelación con antiséptico alcohol pad.
4. Realizar el cambio catéter venoso periférico cada 72 horas. Si el paciente tiene mal acceso venoso, se puede mantener más tiempo, valorar, realizar curación y describir las características a diario y registrar en la ficha clínica el motivo por el cual no se cambia. Registra en gasa fecha instalación y fecha y hora de curación.
5. En pacientes pediátricos mantener el catéter hasta completar la terapia, solo si este está en perfectas condiciones y no hay signos de flebitis.
6. Las llaves de tres pasos y tampón luer deben tratarse asépticamente, manteniendo las entradas tapadas, cambiando el tapón cada vez que se retire por uno estéril.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

7. Con el fin de preservar la esterilidad del circuito vascular, reducir al mínimo el número de desconexiones.
8. Retirar el catéter venoso periférico en presencia de signos de extravasación, flebitis o de infección en la zona de inserción.
9. Cuando el paciente requiera deambular mantener el circuito cerrado. (no desconectar fleboclisis)
10. El rótulo de la vía venosa debe comprender: fecha de instalación, número de teflón utilizado.
11. Mantener registros actualizados de la evolución del catéter periférico, en la hoja de enfermería: fecha de instalación, calibre y responsable de la instalación.



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA.

Es la técnica que consiste en preparar y administrar medicamentos en el torrente venoso, para obtener un efecto terapéutico sistémico inmediato.

**Responsables:** La indicación de estos medicamentos es de responsabilidad médico, pero su administración es a cargo de enfermera /o

La administración de medicamentos endovenosos (EV), debe considerar los siguientes principios orientados a prevenir los errores:

- Conocer los principios básicos de los medicamentos.
- Conocer y reconocer precozmente las reacciones adversas del medicamento.
- Cumplir con los 6 correctos y los 4 yo.

6 correctos.	4 yo.
1. Paciente correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Vía correcta. 5. Horario correcto. 6.Registro	1. Yo preparo. 2. Yo administro. 3. Yo registro. 4. Yo respondo.

### Consideraciones generales

- Almacenamiento correcto de medicamentos (Temperatura, humedad, luz).
- Transporte correcto de medicamentos (Condiciones seguras de traslado).
- Agregar los aditivos de las preparaciones a través del gollete del matraz y no por punción.
- Lavar la vía antes y después de la administración de fármacos incompatibles con la perfusión IV principal y si se administra más de un fármaco.
- No mezclar dos medicamentos distintos en una misma infusión.
- En caso de golletes que no se abran por rotación, utilizar tijeras de material inoxidable, limpias, secas y desinfectadas con alcohol al 70% previo uso.
- Manejar las tapas de los dispositivos, que son parte del sistema de perfusión, con técnica aséptica durante la administración de medicamentos.
- Mantener todas las entradas al sistema cerradas con tapa estéril.
- Manejar los sistemas de perfusión como circuito cerrado.
- Cambiar las soluciones cada 24 horas después de iniciada la administración.
- Vías venosas periféricas tienen una duración de 72 horas desde su instalación, única y excepcionalmente en pacientes con acceso venoso difícil, pudiese exceder ese periodo, quedando registrado en ficha diariamente de la razón de la mantención y la valoración del sitio de inserción.
- Sistemas de conexión y perfusión se deben cambiar cada 72 horas, rotulando fecha.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

### Tipos Administración

1. Inyección directa a vena (en bolo)
2. Inyección a través de vía canalizada
  - Con llave de tres pasos
  - Con tapa antirreflujo (tapón luer)
3. En perfusión continua
  - Microgoteo
  - Fármacos que viene diluidos
  - Fleboclisis

### Administración de medicamento EV en bolo.

- Se utiliza cuando no es posible o no se requiere diluir la medicación, cuando se precisa una acción inmediata en situación de urgencias o si el nivel terapéutico en sangre no se logra mediante infusión intermitente.
- Se puede realizar directamente en la vena utilizando un scalpvein (número según criterio de enfermera/o) o con jeringa y aguja.
- La duración de la administración debe ser entre 3-10 minutos.

### Mediante inyección directa.

1. Lávese las manos.
2. Localice el sitio de punción, preferentemente el área antecubital, escogiendo vena de mayor calibre.
3. Colóquese guantes de procedimiento.
4. Coloque ligadura a 10 – 15 cm por encima del sitio de punción.
5. Pincelar con antiséptico, alcohol pad y deje secar.
6. Puncione la piel con la aguja conectada a la jeringa, formando un ángulo de 30°, con el bisel hacia arriba, introdúzcala en el interior de la vena.
7. Aspire sangre con la jeringa para verificar que la aguja se encuentre dentro de la vena.
8. Retire ligadura e inyecte fármaco lentamente, o a la velocidad prescrita.
9. Vigile zona de punción durante la administración para evaluar extravasación del medicamento.
10. Retire la aguja y aplique presión en el lugar de punción con tórula limpia, durante al menos 3 minutos, en caso de paciente autovalente solicitar su ayuda para eso.
11. Deje algodón y tela en sitio de punción.
12. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
13. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
14. Lávese las manos.
15. Registre el procedimiento en ficha clínica, hora y eventualidades durante el proceso.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

### Administración de medicamento EV a través de vía canalizada

#### Mediante vía canalizada (Tapa antirreflujo).

1. Lávese las manos.
2. Limpie la entrada de la tapa con antiséptico, alcohol pad.
3. Conecte la jeringa directamente en la tapa antirreflujo, verifique permeabilidad e inyecte el medicamento.
4. Una vez terminada la administración del medicamento, proceda a administrar 2 a 3 ml de suero fisiológico, previamente cargado en una segunda jeringa, para dejar permeabilizado el teflón.
5. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
6. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
7. Lávese las manos.
8. Registre el procedimiento en ficha clínica, hora y eventualidades durante el proceso.

#### Mediante vía canalizada (Llave de tres pasos).

1. Lávese las manos.
2. Observe sitio de punción.
3. Retire tapa roja de la llave y elimine.
4. Limpie la entrada de la llave con alcohol pad
5. Inserte la jeringa y gire la llave en la posición abierta, para introducir el medicamento.
6. Interrumpir previamente la entrada de la infusión principal.
7. Aspire con la jeringa verificando permeabilidad de la vía.
8. Administre lentamente o a la velocidad prescrita.
9. Una vez terminada la administración del medicamento, proceda a limpiar el catéter con 2 a 3 ml de suero fisiológico, previamente cargado en una segunda jeringa.
10. Gire la llave a su posición inicial, retire la jeringa y coloque una nueva tapa roja estéril.
11. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
12. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
13. Lávese las manos.
14. Registre el procedimiento en ficha clínica, hora y eventualidades durante el proceso.

### Administración de medicamento EV en infusión continúa.

#### Mediante microgoteo.

1. Lávese las manos.
2. Abra equipo manteniendo ambos campos estériles.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

3. Prepare microgoteo con solución compatible, rotulando fecha y hora de instalación.
4. Cierre la pinza de rueda del microgoteo que conecta al suero.
5. Inserte el extremo dentro de la bolsa o matraz de suero.
6. Coloque la pinza de rueda del equipo debajo de la cámara de goteo, en posición cerrada.
7. Abra la pinza que conecta al suero y llene la cámara con el volumen necesario.
8. Comprima la cámara de goteo permitiendo que se llene entre un tercio y la mitad de su capacidad y luego cebe el resto del circuito.
9. Limpie el tapón de la cámara con tórula con alcohol e inyecte el medicamento.
10. Siga los pasos de los procedimientos anteriores, según la canalización de la vía venosa.
11. Administre el medicamento al goteo indicado.
12. Ajuste el ritmo de la infusión principal.
13. Al término de éste, enjuague cámara con 20 cc de la solución instalada.
14. Una vez terminado el enjuague cierre el microgoteo.
15. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
16. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
17. Lávese las manos.
18. Registre el procedimiento en ficha clínica, hora y eventualidades durante el proceso.

### Mediante fármacos que vienen diluidos.

1. Lávese las manos.
2. Prepare frasco de medicamento con el perfus (Bajada de suero) de infusión requerido.
3. Rotulando fecha y hora de instalación.
4. Siga los pasos de procedimiento anterior para conectar el sistema de infusión.
5. Al término de la infusión desconecte perfus y coloque la tapa estéril en el extremo.
6. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
7. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
8. Lávese las manos.
9. Registre el procedimiento en ficha clínica, hora y eventualidades durante el proceso.

### Mediante fleboclisis.

1. Lávese las manos.
2. Prepare matraz de suero según indicación médica (Electrolitos o medicamentos), con el Rótulo correspondiente.
3. Retire la bajada de suero del envase protegiendo los extremos de ésta y cierre la llave de paso. Retire el protector del extremo proximal de la bajada de suero e inserte este extremo firmemente en el gollete del matraz.





## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

4. Cuelgue el matraz de suero en el porta suero o levántelo, presionando el cuentagotas de manera que este quede con suero hasta el nivel de llenado. Abra la llave de paso y deje escurrir suavemente el suero hasta el extremo distal de la bajada, a modo de no dejar aire en ella. Cuando toda la bajada esté llena de solución cierre la llave de paso y deje el sistema cerrado en su bandeja.
5. Conecte la bajada de suero al método previamente instalado.
6. Regule goteo manual
7. Al terminar el procedimiento, elimine desechos según protocolo REAS.
8. Verifique ausencia de reacción adversa inmediata.
9. Lávese las manos.
10. Registre el procedimiento en ficha clínica: fármaco administrado, presentación y dosis, fecha y hora de administración del medicamento, eventos adversos del medicamento, respuesta del paciente al procedimiento y firma.

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Es la técnica que se realiza cuando es necesario Preparar y administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía digestiva, con fines terapéuticos y/o diagnósticos, en dosis y horarios indicados. La indicación es médica, pero su ejecución es de Enfermería, ya sea profesional o técnicos.

Responsables: Enfermera (o) o TENS.

La administración de medicamentos orales (VO), debe considerar los siguientes principios orientados a prevenir los errores:

- Conocer los principios básicos de los medicamentos.
- Conocer y reconocer precozmente las reacciones adversas del medicamento.
- Cumplir con los 6 correctos y los 4 yo.

<b>6 correctos.</b>	<b>4 yo.</b>
1. Paciente correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Vía correcta. 5. Horario correcto. 6.Registro	1. Yo preparo. 2. Yo administro. 3. Yo registro. 4. Yo respondo.

### Consideraciones generales

- Verificar los 6 correctos: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Comprobar la caducidad del fármaco.



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

- En caso de medicamento traído fuera del hospital, este se encontrará en un sector específico de la clínica de enfermería destinada a medicamentos particulares.
- Valorar el estado de conciencia y la capacidad de deglución del paciente, de no poder tragar, triturar los comprimidos, o avisar al médico para cambiar la medicación por otra presentación de este (jarabes, sobres, inyectables, etc).
- Tener en cuenta que algunos medicamentos no deben ser mezclados entre sí.
- Recordar no acumular medicamentos (devolución de medicamentos no ocupados se debe realizar en forma diaria).
- Está prohibido ocupar abreviaturas de medicamentos, solo se permite abreviar clorpormazina (CPZ).

## Materiales

- Fármacos en la presentación prescrita.
- Riñón o bandeja
- Dosificador (en aquellos pacientes que lo tienen).
- Mortero (en indicación de medicamentos molidos).
- Agua o líquido adecuado según tipo de fármaco (se recomienda 200cc de agua).
- Vasos.

## Procedimiento

1. Informar al paciente y familia (si están presentes) acerca del procedimiento a realizar en lenguaje comprensible, si es posible dada las condiciones del paciente, preservar la intimidad y confidencialidad.
2. Verificar indicación médica en tarjetón de tratamiento de acuerdo con ficha médica.
3. Asegurar de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
4. Se lava las manos previas al procedimiento
5. Preparar el equipo para la administración. Prepara el fármaco, sin tocar los comprimidos, directamente desde la caja del paciente.
6. Verificar que el medicamento de la caja sea el indicado en el tarjetón de acuerdo a la dosis y la hora
7. Administrar medicamento directamente de la caja
8. Si está indicado triturar el fármaco, se recomienda el uso de un mortero o de otro equipo adecuado, no poroso, que pueda limpiarse fácilmente y que evite la contaminación cruzada.
9. Verificar que el paciente se lo tome y lo ingiera. Entregar la medicación al paciente comprobando que la toma (mediante la revisión de la cavidad bucal y bajo la lengua) y prestándole ayuda, si precisa
10. Guardar módulos dejándolos seguro (con llave, si corresponde) en lugar correspondiente
11. Todos los equipos deben limpiarse y secarse después de cada uso (especialmente vasos y jarros).
12. Dejar al paciente en posición cómoda.



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

13. Retirar todo el material y realizar higiene de manos.
14. Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico o enfermero si los hubiera.
15. Registro procedimiento realizado, fecha y hora de administración del medicamento, fármaco administrado, presentación y dosis, cualquier evento adverso del medicamento, respuesta del paciente al procedimiento. En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra y firma.

### CONTENIDOS MINIMOS EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO

1. Verifica indicación médica en tarjetón de tratamiento de acuerdo con ficha médica.
2. Prepara el equipo para la administración.
3. Informa al paciente procedimiento a realizar
4. Se lava las manos previas al procedimiento
5. Verifica que el medicamento de la caja sea el indicado en el tarjetón de acuerdo a la dosis y la hora
6. Administra medicamento directamente de la caja
7. Verifica que el paciente se lo tome y lo ingiera.
8. Guarda módulos dejándolos seguro (con llave, si corresponde) en lugar correspondiente
9. Lava vasos y jarros dejándolo en repostero.
10. Registra procedimiento en hoja de enfermería según protocolo (fecha, hora, medicamento, dosis, nombre, firma y observaciones en caso de que aplique)



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## PLAN DE MONITOREO

<b>Título del indicador</b>	<b>GCL 1.1 ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VO</b>	
<b>Dimensión</b>	EFICACIA – SEGURIDAD	
<b>Formula</b>	<p>NUM: N° de procedimientos de administración de medicamentos por vía oral evaluados en un mes, que cumplen con la pauta de supervisión</p> <p>DEN: N° total de procedimientos de administración de medicamentos por vía oral evaluados en un mes</p>	X 100
<b>Explicación de términos</b>	TÉCNICOS PARAMÉDICOS QUE REALIZAN CORRECTAMENTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL: son aquellos procedimientos en los que técnicos paramédicos evaluados cumplen <b>todos</b> los requisitos establecidos en la pauta de supervisión.	
<b>Población</b>	Se supervisan paramédicos que administran medicamentos en la Unidad y que desempeñen funciones de forma permanente o transitoria	
<b>Lugar de aplicación</b>	UNIDADES DE ATENCIÓN CERRADA ADULTO – INFANTIL	
<b>Tipo</b>	Proceso	
<b>Fuentes de datos</b>	Pautas de supervisión aplicadas	
<b>Umbral de cumplimiento</b>	Mayor o igual a 80%	
<b>Metodología de evaluación</b>	<p><b>Responsable:</b> encargada/o de calidad de unidad y/o su subrogante</p> <p><b>Frecuencia:</b> mensual</p> <p><b>Muestra:</b> se aplica pauta una vez al mes, a técnico paramédico cuando administre fármacos vía oral, en fechas según oportunidad Número mínimo por evaluar es considerado según dotación de la unidad.</p> <p><b>Evaluación:</b> trimestral</p>	



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.1

Versión:

4

Fecha:

Junio 2020

Vigencia hasta:

Junio 2025

## PLAN DE SUPERVISION

Numero de ficha clínica del paciente al cual se aplica procedimiento:	¿CUMPLE?	
	Si	No
Verifica la indicación médica en ficha clínica		
Prepara el equipo para la administración		
Informa al paciente del procedimiento a realizar		
Se lava las manos previo al procedimiento		
Verifica que el medicamento de la caja sea el indicado en el tarjetón de acuerdo con la dosis y la hora		
Administra medicamento directamente de la caja		
Verifica que el paciente se lo tome y lo ingiera		
Guarda módulos dejándolos seguro (con llave, si corresponde) en lugar correspondiente		
Lava jarro y vasos dejándolos en el repostero		
Registra procedimiento en hoja de enfermería según protocolo (fecha, hora, medicamento, dosis, nombre, firma y observaciones en caso de que aplique)		

## DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Sub Dirección médica
- Unidades y Sectores de Atención Abierta
- Unidades de Atención cerrada
- Sub Depto Gestion del Cuidado
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

## FLUJOGRAMA

No aplica



## PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Hospital Del Salvador – Valparaiso

**Código:**

GCL 1.1

**Versión:**

4

**Fecha:**

Junio 2020

**Vigencia hasta:**

Junio 2025

## ANEXOS

No aplica

## CONTROL DE CAMBIOS

Numero edición	de	Cambios	Fecha	Elaborador
1		Elaboración del documento	Sept 2016	Mitzi Contreras
2		Se modifican procedimientos varios	Abril 2014	JM Gonzalez
3		Se agregan alcohol pads en reemplazo de torulas de algodón	Oct 2018	JM Gonzalez
		Se agrega cateterismo intermitente		
		Modificaciones de orden en algunos procedimientos		
4		Se actualiza documento. Se agrega procedimiento de medición de diuresis.	Junio 2020	JM Gonzalez