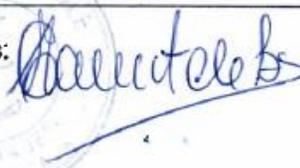


 <p>HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	<p>Fecha Elaboración: Abril, 2001</p>
	<p>Fecha Revisión: Abril, 2023</p>
<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	<p>Fecha Actualización: Abril, 2026</p>
	<p>Versión N°: 8</p>
<p>Codificación M-06</p>	<p>Total de páginas: 289</p>

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"

Actualizado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>EU. Ana María Canut de Bon B. Enfermera Jefe</p> <p>EU. Lorena OLGUÍN A. Enfermera Docente</p>	<p>CN SN Gustavo PACHECO B. Subdirector Clínico</p>	<p>CN Fernando REYES C. Director</p>
<p>Firmas: </p>   	<p>Firma: </p> 	<p>Firma: </p> 

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CAMBIOS REALIZADOS A LA ÚLTIMA VERSIÓN DEL MANUAL:

CORRELATIVO	CONTENIDO	EFFECTUADOS POR:
4	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Se actualizan los 10 correctos.	EU. Lorena Olguín A. Unidad de Docencia
5	INSTALACIÓN Y MANEJO DE INVASIVOS 5.2. Actualización de Curación catéter venoso periférico. 5.3. Actualización de Colaboración en instalación de catéter venoso Central. 5.4. Actualización de Permeabilización del catéter venoso central. 5.4.1. Actualización de Descripción del procedimiento con colaborador. 5.4.2. Actualización de Descripción del procedimiento sin colaborador. 5.5. Actualización Curación plana del catéter venoso central. 5.6. Actualización de Retiro catéter venoso central. 5.8. Actualización de Cambio de bolsa de nutrición parental total continua (NPTC). 5.9. Actualización Punción del catéter venoso, reservorio subcutáneo (RSC). 5.10. Actualización de Desconexión del catéter venoso, reservorio subcutáneo.	EU. Grace Marambio A. Supervisora UCIM EU. Claudio Jara S. Supervisor Oncología
6	TOMA DE MUESTRA 6.1. Actualización de Aspectos administrativos generales. 6.2. Actualización indicaciones generales toma de muestras exámenes de sangre. 6.3. Actualización de Toma de muestra de sangre venosa. 6.4. Actualización de Toma de muestra de sangre arterial. 6.5. Actualización de Toma de muestra de sangre para hemocultivo. 6.11.1 Toma de muestra secreción respiratoria panel viral – PCR COVID 19	EU. Carolina Rojas G UCAL EU Lorena Olguín A. Unidad Docencia

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

7	PROCEDIMIENTOS EN VÍA AÉREA 7.3. Actualización de Manejo de pacientes con ventilación mecánica.	EU. Dayan Meneses L. Supervisora UCI-GEN
8	INSTALACIÓN MANEJO DE SONDAS 8.5. Actualización de Irrigador vesical. 8.8. Actualización de Instalación de sonda nasointestinal (SNE-SNY- SND). 8.9. Alimentación por sonda nasointestinal.	EU. Gianira Hidalgo M. Supervisora Medicina EU. Carolina Urbina Supervisora Medicina
10	CONEXIÓN Y MANEJO DE DRENAJES 10.1. Actualización de Conexión sistema de drenaje torácico con sello agua (Aqua Seal) 10.1.1 Conexión sistema drenaje torácico sin sello agua (SINAPI)	EU. Lorena Olguín A. Unidad de Docencia EU. Daniela Navia Supervisora Cirugía
14	CURACIONES 14.2. Actualización de Curación irrigada. 14.4. Actualización de Curación avanzada. 14.5. Actualización de Curación de injerto. 14.6. Actualización de Curación de quemadura.	EU. Danitza Vicencio Poli Curaciones y Comité Heridas HNV
15	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS 15.1. Actualización Vacuna BCG. 15.2. Actualización Vacuna antirrábica. 15.3. Actualización Vacuna antitetánica. 15.5. Actualización Vacuna anti-Hepatitis B. 15.6. Técnica de vacunación	EU. Pia Bustamente Servicio Urgencia Adulto
ANEXOS	N°1 Área de recorte de vello, según tipo de cirugía. N°2 Cirugías que requieren fleet.	EU. Lorena Olguín A. Unidad de Docencia EU. Daniela Navia Supervisora Cirugía

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

INDICE

CORRELATIVO	MATERIA	PÁGINA
1	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	9
	1.1. Uso de guantes estériles.	9
	1.2. Uso de guantes procedimiento.	10
	1.3. Uso de mascarilla quirúrgica.	10
	1.4. Uso de mascarilla respirador con filtro N°95	11
2	HIGIENE Y CONFORT	12
	2.1. Aseo de cavidades.	12
	2.2. Aseo genitales.	15
	2.3. Aseo matinal.	18
	2.4. Baño en cama.	19
	2.5. Preparación área operatoria.	21
	2.6. Acomodo de pacientes en cama.	23
	2.7. Muda de paciente pediátrico (lactante).	25
	2.8. Cambio de sábana con pacientes en cama.	26
	2.9. Confección de cama cerrada.	28
	2.10. Corte de uñas.	30
	2.11. Lavado de pies.	31
	2.12. Lavado de cabello a paciente en cama	33
3	SIGNOS VITALES	35
	3.1. Parámetros vitales; paciente adulto.	35
	3.2. Parámetros vitales; paciente pediátrico.	35
	3.3. Técnica de medición manual de presión arterial.	36
	3.4. Técnica de medición automática de presión arterial.	38
	3.5. Control de respiración.	40
	3.6. Control de temperatura axilar.	41
	3.7. Control de temperatura rectal.	43
	3.8. Oximetría de pulso.	45
	3.9. Control de pulso periférico	46
4	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	48
	4.1. Medicamentos vía oral.	48
	4.2. Medicamentos vía sublingual.	51
	4.3. Medicamentos por sonda nasogástrica	53
	4.4. Medicamentos vía subcutánea.	55
	4.5. Administración de insulina lenta y rápida.	57
	4.5.1 Administración insulina lenta y rápida por lapicero	59
	4.6. Medicamentos vía intramuscular.	61
	4.7. Medicamentos vía intradérmica.	63
	4.8. Medicamentos vía rectal.	65
	4.9. Medicamentos vía endovenosa.	68

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

	4.10. Instalación de fleboclisis.	74
	4.11. Medicamentos vía oftálmica.	76
	4.12. Medicamentos vía ótica.	79
	4.13. Mediamentos vía vaginal.	81
	4.14. Tratamiento antiséptico.	83
	4.15. Tratamiento pediculosis.	85
5	INSTALACIÓN Y MANEJO DE INVASIVOS	86
	5.1. Instalación catéter venoso periférico.	86
	5.2. Curación catéter venosos periférico.	90
	5.3. Colaboración en instalación de catéter venoso central.	91
	5.4. Permeabilización del catéter venoso central.	94
	5.4.1. Descripción del procedimiento con colaborador.	94
	5.4.2. Descripción del procedimiento sin colaborador.	95
	5.5. Curación plana del catéter venoso central.	98
	5.6. Retiro catéter venoso central.	99
	5.7. Instalación y manejo del catéter central insertado Periféricamente (PICC).	101
	5.7.1. Instalación.	101
	5.7.2. Manejo.	105
	5.8. Cambio de bolsa de nutrición parenteral total continua (NPTC).	107
	5.9. Punción del catéter venoso, reservorio subcutáneo (RSC).	109
	5.10. Desconexión del catéter venoso, reservorio subcutáneo.	111
	5.11. Instalación línea arterial.	113
	5.12. Retiro de catéter peridural	115
	5.13. Retiro de plexo nervioso.	117
6	TOMA DE MUESTRA DE EXAMENES	119
	6.1. Aspectos administrativos generales	119
	6.2. Indicaciones generales toma muestras exámenes de sangre.	119
	6.3. Toma de muestra de sangre venosa.	120
	6.4. Toma de muestra de sangre arterial	122
	6.5. Toma de muestra de sangre para hemocultivo.	126
	6.6. Toma de muestra de sangre venosa por catéter venoso Central.	128
	6.7. Técnica de Maki: cultivo semicuantitativo de punta de catéter.	130
	6.8. Toma de hemoglucotest.	132
	6.9. Toma de muestra de orina para sedimento y/o urocultivo.	133
	6.10. Toma de muestra de orina en paciente con catéter urinario permanente (CUP).	135
	6.11. Toma de muestra de secreción endotraqueal.	136
	6.11.1 Toma de muestra secreción respiratoria panel viral – PCR	138

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

	COVID 19139	
7	PROCEDIMIENTO EN VÍA AÉREA	139
	7.1. Aspiración de secreciones naso-orotraqueal.	139
	7.2. Aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal no conectados a ventilador mecánico.	142
	7.3. Manejo de pacientes con ventilación mecánica.	145
	7.4. Manejo del tubo endotraqueal.	147
	7.5. Medición de la presión del cuff.	150
	7.6. Manejo de traqueotomía.	151
	7.7. Manejo de aerosolterapia	154
	7.8. Oxigenoterapia.	158
	7.9. Uso incentivador respiratorio (TRIFLOW).	160
8	INSTALACIÓN Y MANEJO DE SONDAS	161
	8.1. Instalación de catéter urinario a permanencia (cup).	161
	8.2. Manejo de catéter urinario permanente.	164
	8.3. Cateterismo urinario intermitente.	166
	8.4. Autocateterismo intermitente en recinto hospitalario.	168
	8.5. Irrigación vesical.	169
	8.6. Instalación de estuche peneal.	171
	8.7. Instalación de sonda nasogástrica (SNG).	173
	8.8. Instalación de sonda nasoenteral (SNE-SNY-SND).	175
	8.9. Alimentación por sonda nasoenteral.	177
	8.10. Retiro de sonda nasogástrica y/o nasoenteral.	179
	8.11. Instalación de sonda de Sengstaken Blakemore.	180
	8.12. Manejo sonda de Sengstaken Blakemore.	182
	8.13. Retiro de sonda de Sengstaken Blakemore	183
	8.14. Lavado gástrico.	184
	8.15. Alimentación por gastrostomía o yeyunostomía.	186
	8.16. Cambio de closet o uroset.	187
	8.17. Curación de gastrostomía o yeyunostomía.	189
	8.18. Instalación de sonda rectal.	191
	8.19. Enema evacuante.	192
	8.20. Proctocclisis	193
9	INGRESOS Y EGRESOS	195
	9.1. Balance hidroelectrolítico.	195
	9.2. Medición de diuresis.	196
10	CONEXIÓN Y MANEJO DE DRENAJES	197
	10.1. Conexión sistema de drenaje torácico con sello de agua (Aqua Seal)	197
	10.1.2 Conexión sistema de drenaje torácico sin sello de agua (Sinapi)	200

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

	10.2. Retiro de drenaje torácico.	201
	10.3. Medición de drenaje tubular a recolector pasivo (Heimlich Simple).	201
	10.4. Medición de drenaje tubular pasivo (Penrose).	202
	10.5. Medición de drenaje a recolector activo (Hemosuc y Jackson Pratt).	203
	10.6. Conexión drenaje Babcock a aspiración central.	204
	10.7. Retiro de drenaje.	206
11	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	207
12	TRACCIONES DE PARTES BLANDAS	210
13	MOVILIZADOR PASIVO DE EXTREMIDADES INFERIORES	212
14	CURACIONES	214
	14.1. Curación plana.	214
	14.2. Curación irrigada.	216
	14.3. Curación de herida con drenaje.	218
	14.4. Curación avanzada.	220
	14.5. Curación de injerto.	221
	14.6. Curación de quemadura.	223
	14.7. Retiro de puntos a agrafes.	225
	14.8. Manejo de Terapia de Presión Negativa en heridas.	226
	14.8.1. Desconexión de la unidad Terapia de Presión Negativa, durante períodos cortos.	231
	14.8.2. Cambio de contenedor o canister.	231
15	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS	232
	15.1. Vacuna BCG.	232
	15.2. Vacuna antitetánica de urgencia.	232
	15.3. Vacuna antirrábica.	234
	15.4. Vacuna anti-hepatitis B.	240
	15.5. Técnica de vacunación.	242
16	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE FALLECIDO	244
	16.1. Cuidados Post-mortem.	244
17	GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS A PACIENTE QUIRÚRGICO	248
	17.1. Atención de enfermería en el preoperatorio.	248
	17.2. Planificación de enfermería, día previo a la cirugía.	249
	17.2.1. Día de la intervención quirúrgica.	250
	17.3. Atención de enfermería en el post-operatorio.	252
	17.3.1. Plan de atención de enfermería.	253
	17.4. Consideraciones según tipo de cirugía.	253
	17.4.1. Bypass Gástrico.	253
	17.4.2. Cirugía de Colon.	253
	17.4.3. Cirugía Digestivas Mayores.	254

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

	17.4.4. Cirugía Orificial.	254
	17.4.5. Colectomía abierta con o sin Coledocostomía y derivación biliodigestiva.	254
	17.4.6. Colectomía Laparoscópica.	254
	17.4.7. Extirpación de páncreas.	254
	17.4.8. Mastectomía parcial o radical	254
	17.4.9. Tiroidectomía y Paratiroidectomía.	255
	17.4.10. Toracotomía.	255
	17.4.11. Amputación de extremidad.	255
	17.4.12. Bypass periférico.	256
	17.4.13. Fístula arteriovenosa o instalación de Gorotex.	256
	17.4.14. Safenectomía.	256
	17.4.15. Endarterectomía carotídea y reparación de Aneurisma aorto-abdominal.	256
	17.4.16. Instalación de marcapaso	257
	17.4.17. Revascularización miocárdica.	257
	17.4.18. Cistectomía parcial o radical.	257
	17.4.19. Cinta vaginal a libre tensión (TVT – TOT).	258
	17.4.20. L.E.C. y Ureterolitotomía endoscópica.	258
	17.4.21. Nefrectomía abierta-Laparoscopia y Nefrolitotomía.	258
	17.4.22. Prostatectomía radical y Adenomectomía Transvesical.	259
	17.4.23. Resección transuretral de próstata y vejiga.	259
	17.4.24. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).	259
ANEXOS	N°1 Área de recorte de vello según tipo de cirugía.	261
	N°2 Cirugías que requieren fleet.	289

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

1.1. USO DE GUANTES ESTÉRILES

OBJETIVO

Mantener técnica estéril o aséptica.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

Todo el equipo de salud.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

1 paquete de guantes estériles.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos clínico o quirúrgico.
- Abra el paquete de guantes.
- Tome el primer guante por su cara interna, es decir la que está en contacto directo con la piel de las manos del operador.
- Colóquese el primer guante (cerciórese no tocar la cara externa del guante).
- Tome el segundo guante por su cara externa con la mano enguantada, por el borde.
- Colóquese el segundo guante.
- Acomode el borde del primer guante con la segunda mano, sin tocar la cara interna del guante.
- Al término del procedimiento, retírese los guantes de la siguiente forma:
 - Para retirar el primer guante, tome el borde por la cara externa y dé vuelta completamente el guante y envuélvalo en la mano enguantada.
 - Para retirar el segundo guante, tómelo por el borde interno del puño y dé vuelta completamente el guante dejando en su interior el primer guante y deseche según norma.
- Lávese las manos según norma.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

1.2. USO DE GUANTES DE PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Proteger al personal de potenciales infecciones previniendo el contacto con fluidos y secreciones corporales de alto riesgo.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

Todo el equipo de salud.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

1 par de guantes de procedimiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Realice lavado de manos, según norma institucional.
- Colóquese los guantes según tamaño adecuado a las manos del operador.
- Finalizado el procedimiento, retírese los guantes de la siguiente forma:
 - Para retirar el primer guante, tome el borde por la cara externa y dé vuelta completamente el guante y envuélvalo en la mano enguantada.
 - Para retirar el segundo guante, tómelo por el borde interno del puño y dé vuelta completamente el guante dejando en su interior el primer guante y deseche según norma.
- Lávese las manos después del retiro, según norma institucional.

1.3. USO DE MASCARILLA QUIRÚRGICA

OBJETIVO

- Prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan por vía aérea.
- Proteger la nariz o la boca de los trabajadores de la salud ante cualquier riesgo de contacto con secreciones respiratorias o salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones del paciente.
- Proteger campo estéril.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

Todo el equipo de salud.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Mascarillas quirúrgicas desechables.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Colóquese la mascarilla cubriendo nariz, boca y barbilla.
- Amárrela en la parte posterior de la cabeza, tomando solamente las tiras.
- Moldee a la altura de su nariz el fijador metálico para que quede cómoda y segura.
- Una vez realizado el procedimiento, desabroche las tiras, desprendiendo las amarras inferiores y después las superiores de modo que la mascarilla no contamine la ropa del operador, al caer sobre ella.
- Elimine la mascarilla quirúrgica.
- Lávese las manos.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Las mascarillas quirúrgicas deben ser de uso individual, de un solo uso por procedimiento y de material que cumpla con los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para ser una barrera efectiva. Su uso no debe ser mayor a 2 hrs. continuas, eliminar antes si existen signos de humedad.
- La mascarilla no debe colgar del cuello si no está en uso.
- Si se usan mascarillas para cumplir con algún tipo de precaución de aislamiento, éstas deben ser eliminadas fuera de la habitación del paciente, en un recipiente para ese fin.
- El paciente inmunodeprimido o con aislamiento por gotitas, debe usar mascarilla cuando abandona su habitación transitoriamente.

1.4. USO DE MASCARILLA RESPIRADOR CON FILTRO N° 95

OBJETIVOS

- Prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan por vía aérea.
- Proteger la nariz o la boca de los trabajadores de la salud ante cualquier riesgo de contacto con secreciones respiratorias.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

Todo el equipo de salud.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermera Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Mascarillas respirador con filtro N°95.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Coloque la mascarilla por su parte externa en su mano.
- Adose la mascarilla a su nariz y boca.
- Tire la banda elástica superior hasta quedar en la parte alta de su cabeza.
- Tire la banda elástica inferior y poséela alrededor de su cabeza, bajo el nivel de sus orejas.
- Usando las dos manos, moldee el ajuste de la nariz a su forma.
- Corrobore el ajuste de su mascarilla, previo a su uso. Ésta debe quedar bien adosada a su nariz y boca.
- Al salir del aislamiento, retírese la mascarilla de la siguiente forma:
 - Sin tocar directamente la mascarilla, se recomienda el uso de guantes o a través de la manipulación de las tiras de esta.
- Lávese las manos.

GUÍAS DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- La mascarilla respirador N°95, se puede utilizar de manera intermitente hasta por 24 hrs., **excepto** en pacientes COVID-19, ya que se ocupará en procedimientos que generen aerolización y debe desecharse post uso, según guía UCIAAS.
- Guardar en bolsa individual e identificar con el nombre de usuario y fecha.
- En el transporte del paciente fuera de su habitación, con aislamiento por aire, sólo en el caso de Tuberculosis Pulmonar o Laríngea, se debe colocar al paciente una mascarilla respirador con filtro N 95. En el caso de un paciente con otro tipo de condición que conlleve al aislamiento por aire, que no sea TBC Pulmonar o Laríngea, se debe colocar al paciente mascarilla quirúrgica, en el caso de ser transportado fuera de su habitación.

2. HIGIENE Y CONFORT

2.1. ASEO DE CAVIDADES

OBJETIVOS

- Mantener la higiene personal del paciente.
- Brindar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

- Carro o Bandeja con:
 - Riñón limpio.
 - Tómulas de algodón.
 - Gasas estériles.
 - Bucoseptil (uso individual por paciente).
 - Agua tibia o suero fisiológico.
 - Guantes de procedimiento.
 - Pinzas.
 - Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Proceda a efectuar el aseo, según área:

Aseo Ocular:

- Colóquese guantes de procedimiento.
- Ubique al paciente decúbito supino o Fowler, con la cabeza inclinada hacia atrás y apoyada.
- Solicite al paciente que cierre los ojos.
- Humedezca gasa estéril con suero fisiológico.
- Limpie el ángulo interno del ojo, deseche la gasa.
- Limpie el párpado superior con gasa húmeda con suero fisiológico, desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo.
- Limpie el párpado inferior con gasa húmeda con suero fisiológico, desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo.
- Retire el exceso de humedad de cada ojo con gasa estéril, secando a toques. (utilice distinta gasa para cada ojo).
- Repita el procedimiento, hasta que la zona esté visiblemente limpia, ocupe una gasa por vez.
- Deseche gasas utilizadas.
- Deseche guantes de procedimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

Observaciones:

- Utilice distinta gasa para la limpieza de cada ojo.
- Utilice ampollas de suero fisiológico plásticas para efectuar aseo ocular.
- En pacientes con tratamiento de colirio oftálmico, efectúe aseo ocular, previo a la administración del colirio.

Aseo de oído:

- Colóquese guantes de procedimiento.
- Limpie el pabellón auricular usando tómulas o gasas humedecidas con suero fisiológico o agua, haciendo énfasis en pliegues y región retro-auricular, deseche gasa o tórula.
- Limpie conducto auditivo externo con tómulas o gasas húmedas con suero fisiológico o agua, con movimientos rotatorios, deseche gasa o tórula.
- Seque con tórula o gasa, deseche tórula o gasa utilizada.
- Deseche guantes de procedimiento.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

Aseo nasal:

- Colóquese guantes de procedimiento.
- Limpie la parte externa de las fosas nasales con gasa humedecida con suero fisiológico.
- Humedezca la gasa con suero fisiológico y exprímala.
- Enrolle la gasa e introdúzcala en la fosa nasal y retírela con movimiento de rotación, hasta que la zona esté visiblemente limpia, utilice una tórula por fosa nasal.
- Deseche tómulas utilizadas.
- Deseche guantes de procedimiento.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

Aseo bucal:

En el caso de pacientes que no puedan colaborar y/o con dificultad para deglutir:

- Colóquese guantes de procedimiento.
- Con el cepillo de dientes realice un arrastre sobre toda la dentadura.
- Humedezca un torulero con agua, exprímalo y limpie la cavidad bucal en una sola dirección: encías, dientes, lengua, paladar y partes blandas, deseche torulero.
- Repita el procedimiento hasta que la cavidad bucal esté visiblemente limpia.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Humedezca un torulero con colutorio bucaseptil, exprímalo y limpie la cavidad bucal en una sola dirección: encías, dientes, lengua, paladar y partes blandas (diluir previamente bucaseptil según especificación del fabricante), deseche torulero.
- De ser necesario, aspire saliva o secreciones de la cavidad bucal con eyectores.
- Si el paciente usa prótesis dental removible, sumérgala en colutorio bucaseptil diluido según especificación del fabricante, luego con el cepillo de dientes del paciente limpie y enjuague bien.
- Deseche insumos utilizados (excepto cepillo dental).
- Deseche guantes de procedimiento.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

Pacientes pediátricos:

El aseo bucal con antiséptico bucaseptil se realizará sólo bajo indicación médica.

2.2. ASEO GENITAL

OBJETIVOS

- Prevenir Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Brindar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Jarro de aseo con solución jabonosa tibia (jabón neutro: pH 5,5).
- Jarro con agua tibia.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Guantes de procedimiento.
- Tómulas algodón de aseo o apósitos de limpieza.
- Bolsa plástica.
- Sabanilla desechable.
- Pañal desechable.
- Papel higiénico o toalla desechable.
- Chata.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Verifique con el paciente si la temperatura del agua es adecuada, de lo contrario regule nuevamente la temperatura, según su requerimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente (cortina o biombo).
- Coloque sabanilla desechable debajo del paciente (a nivel de la zona glútea).
- Coloque al paciente en decúbito dorsal y esponga zona genital.
- Coloque la chata bajo la pelvis, para ello lateralice al paciente para colocar la chata correctamente (solicite la ayuda de un colaborador).
- Indique al paciente separar las piernas (posición ginecológica).

En la mujer:

- Limpie ambos pliegues inguinales, irrigando con el jarro con solución jabonosa, deslice tórula humedecida con la solución, en dirección anteroposterior, deseche la tórula.
- Separe los labios mayores y menores y deje caer solución jabonosa, limpie con tórula humedecida con solución jabonosa en dirección anteroposterior, enjuague con jarro con agua tibia y seque con tómulas de aseo a toques (dirección antero posterior).
- Retire la chata, limpie glúteos y zona anal con tómulas humedecidas con solución jabonosa, enjuague con tómulas húmedas y seque bien a toques con tómulas o toalla.
- Retire protector de cama. Ordene el equipo, elimine desechos en bolsa plástica (no elimine tómulas al WC).
- Verifique que la ropa de cama esté limpia y seca, de lo contrario cámbiela.
- Coloque pañal limpio (paciente incontinente).
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

En el hombre:

- Limpie pliegues inguinales irrigando con el jarro con solución jabonosa, luego deslice tórula con solución jabonosa, en dirección anteroposterior, deseche la tórula.
- Retraiga el prepucio, irrigue con jarro con agua jabonosa, limpie con tórulas humedecidas solución jabonosa en el siguiente orden: glande, cuerpo, prepucio y escrotos, enjuague irrigando con jarro, seque a toques.
- Desplace el prepucio a su posición inicial.
- Retire la chata, limpie zona anal y glúteos con tórulas humedecidas con solución jabonosa, enjuague con tórulas húmedas y seque a toques con tórulas, apósitos o toalla.
- Ordene el equipo, elimine desechos en bolsa plástica (no elimine tórulas en WC).
- Coloque pañal limpio (paciente incontinente).
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aseo genital, al menos 1 vez al día al paciente dependiente.
- Aseo genital al menos cada 12 hrs., al paciente con sonda Foley.
- Realice aseo genital con solución jabonosa (jabón antiséptico) previo a instalación de catéter urinario o cateterismo vesical intermitente.
- En el caso de aseos genitales concurrentes de pacientes con sonda vesical, se debe realizar con jabón de glicerina o neutro.

CONSIDERACIONES

- En pacientes con estuche peneal, efectúe el aseo genital diario con cambio de dispositivo y en S.O.S. (si el estuche peneal se desprende).
- En pacientes con Dermatitis Asociada a Incontinencia urinaria (D.A.I.) realizar aseo genital en área cutánea afectada con agua fría (el agua tibia puede aumentar la severidad del D.A.I.).

Pacientes pediátricos:

- El recolector de orina en pacientes pediátricos debe permanecer instalado máximo 1 hora, en el caso de no lograr tomar la muestra de orina transcurrido este tiempo, se debe retirar el recolector y cambiar por otro, previo aseo genital.
- En lactantes, el aseo genital se debe realizar del mismo modo que la técnica de muda (excepto pacientes con sonda Foley).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

2.3. ASEO MATINAL

OBJETIVOS

- Mantener higiene personal del paciente.
- Brindar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermera Clínico.

MATERIALES

- Carro o bandeja con:
 - Jarro con solución jabonosa tibia.
 - Jarro con agua tibia para enjuagar.
 - Camisa limpia y/o pijama.
 - Apósitos de aseo.
 - Guantes de procedimiento.
 - Bolsa plástica.
 - Implementos de aseo de paciente: jabón, peineta, desodorante, toalla, colonia, cepillo de dientes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y tráasládelo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Verifique con el paciente si la temperatura del agua es adecuada, de lo contrario regule nuevamente la temperatura, según su requerimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Descubra parte superior del cuerpo del paciente, evitando el enfriamiento y resguardando su privacidad.
- Humedezca apósito con solución jabonosa y limpie su cara, cuello, brazos, tórax y axilas, deseche apósito.
- Enjuague con otro apósito en el mismo orden.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Seque y desodorante en zona axilar (no aplique colonia directamente en la piel del paciente).
- Vista al paciente y facilite los implementos para aseo bucal si las condiciones lo permiten, de lo contrario efectúe aseo de cavidades.
- Afeite si es necesario.
- Acomode al paciente.
- Retire biombo o deslice cortina de unidad.
- Ordene el equipo, elimine desechos en bolsa plástica.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

2.4. BAÑO EN CAMA

OBJETIVOS

- Mantener higiene personal.
- Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Jarro con solución jabonosa tibia (jabón neutro o glicerina).
- Jarro con agua tibia.
- Equipo de aseo de cavidades.
- Equipo de aseo genital.
- Guantes de procedimientos.
- Pechera plástica.
- Apósitos de aseo.
- Lavatorio.
- Ropa de cama.
- Bolsas plásticas.
- Camisa o pijama limpio.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Útiles de aseo de paciente: jabón, peineta, desodorante, colonia, crema, equipo de rasurar (si corresponde).
- Toalla del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Verifique con el paciente si la temperatura del agua es adecuada, de lo contrario regule nuevamente la temperatura, según su requerimiento.
- Colóquese pechera y guantes de procedimiento.
- Retire cubrecama y frazadas, colóquelas sobre el velador.
- Doble la sábana superior hacia la parte inferior de la cama.
- Coloque toalla sobre el tórax del paciente, dejando la parte superior de la toalla alrededor del cuello, lave cara, orejas y cuello, enjuague y seque bien.
- Efectúe aseo de cavidades y afeite al paciente, si es necesario.
- Coloque toalla bajo una de las extremidades superiores, lave brazo, antebrazo y mano, enjuague y seque bien.
- Lave prolijamente zona axilar, enjuague y seque bien. Aplique desodorante del paciente.
- Repita el mismo procedimiento con la extremidad superior del lado opuesto.
- Lateralice al paciente y coloque toalla o sabanilla desechable, lave espalda, enjuague y seque bien, aplique crema humectante.
- Proceda a reposicionar al paciente en decúbito dorsal, lave tórax y abdomen, enjuague y seque bien (ponga mayor énfasis en zona submamaria, en mujeres y umbilical para ambos géneros).
- Coloque camisa, cubriendo hasta su cintura.
- Realice aseo genital según procedimiento descrito en Aseo Genital (página 13).
- Acomode la camisa del paciente.
- Coloque sábana superior limpia, doblándola a la mitad cubriendo el hemicuerpo superior del paciente.
- Coloque toalla bajo una extremidad inferior y proceda a lavar desde el muslo hacia el pie por ambas caras, lave prolijamente espacios entre los dedos del pie, enjuague y seque bien, corte las uñas si es necesario. humecte zona de apoyo (talón).
- Repita el procedimiento anteriormente referido con la otra extremidad. Cubra completamente a paciente con sábana superior limpia.
- Lateralice al paciente, elimine sabanilla desechable o retire la toalla ubicada por debajo de él y enrolle sábana y sabanilla de género inferior hacia el centro de la cama y proceda a colocar por ese lado la sábana y sabanilla de género limpias.
- Gire al paciente hacia el otro lado, retire sábana y sabanilla sucia, depositándola en bolsa plástica y extienda sábana y sabanilla limpia. Acomode bien la camisa del paciente en parte posterior.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Retire la funda sucia y coloque funda limpia de almohada del paciente.
- Acomode al paciente.
- Elimine el material utilizado, en bolsa plástica.
- Ordene la unidad del paciente.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Realice el baño en sentido céfalo caudal.
- Disponer de 2 operadores para realizar baño en cama del paciente no autovalente.
- Lave y seque cara, cuello y efectúe aseo de cavidades, si el paciente no está en condiciones de hacerlo por sí mismo, de lo contrario, proporcione los útiles necesarios.
- Al movilizar al paciente tener la precaución de mantener permeabilidad de catéteres e infusiones.
- Antes de lateralizar a paciente con catéter vesical, se debe pinzar la sonda y vaciar bolsa recolectora, a fin de colocar esta sobre la cama (realizar procedimiento con guantes).
- En pacientes lactantes, el baño debe ser realizado en bañera individual plástica.

GUÍAS DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Útiles de aseo son personales e individuales de cada paciente
- Use barreras de protección en pacientes con aislamiento.
- En pacientes con riesgo de I.R.I (Infección Respiratoria Intrahospitalaria), durante el baño en cama, la cabecera debe permanecer en un ángulo 45°.
- En pacientes con alimentación enteral, suspender alimentación 30 minutos antes de iniciar el baño.

2.5 PREPARACIÓN ÁREA OPERATORIA

OBJETIVOS

- Remover la flora transitoria y disminuir la flora residente de la piel del paciente. Prevenir infección de la herida operatoria.

RESPONSABLE EJECUCIÓN:

- Profesional de Enfermería. Clínico.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Máquina recortadora de vello.
- Recortador de vello desechable.
- Apósito de aseo.
- Toalla de papel desechable.
- Guantes de procedimiento.
- Bolsas plásticas.
- Pechera plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Colóquese pechera desechable y guantes de procedimiento.
- Descubra la zona de recorte de vello según lo programado en Hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico, teniendo cuidado de no enfriar al paciente y resguardar su privacidad.
- Recorte el vello cuidadosamente, previniendo cortes en la piel que favorezcan la colonización con microorganismos (use sólo recortadora).
- Limpie con apósito de aseo o toalla desechable humedecida con agua restos de pelo que hayan quedado en el área de recorte de vello.
- Verifique realización de la ducha o ejecute el baño:
 - Paciente autovalente: solicítele que se duche jabón antiséptico indicado.
 - Paciente no autovalente o con indicación de reposo absoluto: realice baño en cama del paciente con el antiséptico indicado.
- Retírese guantes y pechera plástica.
- Confeccione cama con ropa limpia.
- Vista al paciente con ropa de pabellón (camisa limpia, gorro desechable).
- Verifique la correcta instalación y datos de la pulsera de identificación al paciente.
- Deseche el material ocupado en bolsa plástica.
- Deje cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Realice registros en Hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- El recorte de vello se hará lo más cercano posible antes del momento de la incisión (tiempo máximo 2 horas previas).
- La remoción del vello en el área a intervenir, tendrá la finalidad de evitar la contaminación y facilitar la visualización del área operatoria.
- El cuerpo de la recortadora de vello se debe desinfectar posterior a su uso con alcohol al 70%, entre pacientes. El cabezal de la cortadora será desechable entre pacientes.
- Si el transporte del paciente es realizado en camilla, esta debe tener sábanas limpias.
- Educar al paciente para que no manipule la zona operatoria una vez preparada.
- Debe darse especial énfasis en la preparación de la piel en áreas peri nasal, axilas, ombligo, ingle y perineo.
- Utilice toalla limpia para secar la piel, posterior al baño.

2.6 ACOMODO DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVOS

- Proporcionar comodidad al paciente.
- Mantener la higiene del paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermera Supervisor.
- Matrona supervisora.
- Profesional de Enfermera Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Bolsa plástica.
- Pechera desechable.
- Guantes de procedimientos.
- Crema humectante o hidratante.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Insumos de prevención de úlceras por presión o Dermatitis asociada a incontinencia urinaria (según lo requerido por el paciente).
- Biombo (en caso de unidad que no dispone de cortina).

Si el paciente usa pañal y requiere aseo genital, agregar materiales señalados en Aseo genital,

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y tráselo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese y verifique la identificación del paciente.
- Resguarde la privacidad del paciente (instale biombo y/o cortina).
- Realice el procedimiento con la ayuda de un colaborador, cuando el paciente tiene dificultad para colaborar en su cambio de posición en cama.
- Verifique que la ropa de cama del paciente esté limpia y seca (libre de migas de pan, alimentos, sin artículos sobre la cama).
- Extienda la ropa de cama, en caso de estar arrugada (sábana superior, inferior, funda y cubrecama).
- Acomode al paciente a su posición inicial (cuando el paciente se ha desplazado en la cama hacia el apoya pies).
- En el caso de pacientes con uso de pañal, verificar que esté seco y limpio, de lo contrario, realice aseo genital y cambio de pañal, según lo descrito en Aseo Genital .
- Revise la piel del paciente, especialmente en invasivos, pliegues y zona de apoyo (en el caso de detectar una lesión, avisar inmediatamente al Profesional de Enfermería o Matrona a cargo).
- Lubrique con crema humectante/hidratante la piel indemne del paciente: brazos, torso, espalda, piernas (teniendo la precaución de no aplicar en zonas cercanas a invasivos, electrodos, drenajes, etc.)
- En los pacientes con Mediano y Alto riesgo de desarrollar úlceras por presión aplique cuidados preventivos (Consulte a la Guía de prevención y tratamiento de Lesiones por presión y D.A.I).
- Pacientes con riesgo de Dermatitis asociada a incontinencia urinaria aplique medidas de prevención (Consulte a la Guía de prevención y tratamiento de Lesiones por presión y D.A.I).
- Si el paciente usa taloneras hidrofílicas, verifique que estén bien instaladas y, si se encuentran deterioradas o sucias, cámbielas por nuevas.
- Realice cambio de posición de paciente en cama, según lo indicado en el plan de cuidados de enfermería.
- Deje cómodo al paciente.
- Si el paciente tiene colchón antiescaras, verifique lo siguiente:
 - **Colchón viscolástico:** que esté instalado adecuadamente (el lado viscolástico hacia el paciente).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- **Colchón antiescaras inflable:** enchufado a la fuente eléctrica, y funcionando correctamente.
- **Colchón flotación seca:** esté funcionando correctamente.

- Pregunte al paciente si se siente cómodo post- acomodado.
- Deje barandas en alto, cama a mínima altura y timbre al alcance del paciente.
- Retire biombo y/o abra cortinas de separación.
- Retírese los elementos de protección personal.
- Realice lavado de manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

2.7. MUDA DE PACIENTE PEDIÁTRICO (LACTANTE).

OBJETIVOS

- Proporcionar comodidad al paciente.
- Mantener la higiene del paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermera Supervisor.
- Matrona supervisora.
- Profesional de Enfermera Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Bolsa plástica.
- Pechera desechable.
- Guantes de procedimientos.
- Biombo (unidad que no dispone de cortina separadora).
- Apósitos o tómulas de aseo.
- Lavatorio con solución jabonosa tibia (jabón neutro).
- Lavatorio con agua tibia.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Toalla de algodón.
- Pañales desechables.
- Mudador.
- Hipoglós.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente (instale biombo y/o cortina).
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Coloque protección de cama/cuna (mudador).
- Retire el pañal sucio y elimine en bolsa plástica.
- Realice el aseo genital de acuerdo a lo descrito en Aseo genital del presente manual.
- Realice el aseo genital en el lavamanos del baño (excepto pacientes con precauciones de aislamiento, en este caso el aseo genital debe ser realizado en su unidad con los elementos de protección personal según Guías IAAS).
- En caso de Dermatitis del pañal, aplicar medidas (Consulte a la Guía de prevención y tratamiento de Lesiones por presión y D.A.I).
- Coloque el pañal limpio.
- Deje cómodo al paciente.
- Barandas en alto, timbre a mano.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

2.8 CAMBIO DE SÁBANA DE PACIENTE EN CAMA

OBJETIVOS

- Mantener cama limpia.
- Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermera Supervisor.
- Profesional de Enfermera Clínico.
- Matrona Supervisora y Clínica.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Apósitos de aseo.
- Solución desinfectante.
- Jarro con agua y detergente.
- Jarro con agua.
- Toallas de papel.
- Sábanas, sabanilla y funda limpias.
- Bolsas plásticas.
- Pechera desechable.
- Guantes de procedimientos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Prepare equipo, coloque ropa en orden a usar y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquele el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Retire el cubrecama o frazada y déjelos sobre velador o mueble del paciente.
- Retire la almohada de cabecera y cambie la funda sucia por una limpia, deje la almohada sobre el velador.
- Ubique al paciente en el lado contrario al que usted trabaja.
- Enrolle la sábana inferior hasta la mitad de la cama (a lo largo), si hay presencia de materia orgánica en colchón antiescaras o colchón de cama, lavar, enjuagar y secar, luego aplique el desinfectante indicado, deje secar.
- Coloque la sábana inferior limpia hasta la mitad de la cama (a lo largo), fije ambos extremos.
- Lateralice al paciente al lado limpio de la cama (sí va a cambiar la camisa hágalo antes de pasarlo al lado limpio).
- Vaya al lado contrario de la cama, retire la sábana sucia y deposítela dentro de la bolsa plástica.
- Estire la sábana limpia y fije ambos extremos.
- Coloque al paciente al medio de la cama, acomode la almohada bajo su cabeza, coloque sábana superior limpia, sobre este deje el cubrecama, doble el borde superior de la sábana sobre el cubrecama.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si el paciente usa colchón antiescaras, verifique que al finalizar en procedimiento que se encuentre funcionando.
- En paciente con Alto Riesgo o Mediano Riesgo de Caída, mantenga barandas de cama en alto y timbre a su alcance.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Mantenga la cama en 30° en pacientes con riesgo de I.R.I
- Mantenga baranda en alto por el lado contrario de la cama al que usted está trabajando.
- Verifique la fijación, permeabilidad y posición de drenajes, sondas y sueros.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Manejo de la ropa según norma.
- En caso de paciente en aislamiento aplique medidas de precaución basada en los mecanismos de transmisión.

2.9. CONFECCIÓN CAMA CERRADA

OBJETIVOS

- Mantener cama limpia.
- Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora y Clínica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Apósitos o paños de aseo desechables.
- Toalla de papel.
- Jarro con agua y detergente.
- Jarro con agua.
- Solución desinfectante.
- Sábanas, sabanillas de género y fundas limpias.
- Bolsas plásticas.
- Pechera.
- Guantes de procedimiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Prepare equipo, coloque ropa en orden a usar y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Retire el cubrecama o frazada.
- Cambie la sábana superior, colocando la sábana limpia.
- Retire la funda sucia de la almohada y déjela en bolsa de plástico, instale funda limpia, deje la almohada sobre el velador del paciente.
- Lateralice al paciente hacia el lado contrario al que usted trabaja.
- Enrolle la sábana inferior, plegándola bajo el paciente a lo largo.
- Coloque la sábana limpia hasta la mitad de la cama, doblando sus extremos en ángulo recto por debajo del colchón (a lo largo), instale sobre esta la sabanilla de género. Si hay presencia de materia orgánica en colchón antiescaras o colchón de cama, lave, enjuague y seque, luego aplique el desinfectante indicado, deje secar.
- Lateralice al paciente al lado limpio de la cama (sí va a cambiar camisa hágalo antes de pasarlo al lado limpio).
- Retire la sábana sucia y deposítela dentro de la bolsa plástica.
- Estire la sábana inferior limpia, fijando ambos extremos, termine de acomodar sobre esta la sabanilla de género limpia.
- Coloque al paciente al medio de la cama cubra con sábana y cubrecama, desde la zona mamaria hasta el extremo inferior por debajo del colchón, doblando sus extremos en ángulo recto hacia adentro.
- Coloque almohada bajo la cabeza del paciente.
- Deseche la ropa sucia en bolsa plástica.
- Deje cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Mantenga la cama en 45° en pacientes con riesgo de I.R.I
- Mantenga baranda en alto por el lado contrario de la cama al que usted está trabajando.
- Verifique la fijación, permeabilidad y posición de drenajes, sondas y sueros.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Manejo de la ropa según norma.
- En caso de paciente en aislamiento aplique medidas de precaución basada en los mecanismos de transmisión.

2.10. CORTE DE UÑAS

OBJETIVOS

- Mantener higiene personal. Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora o clínica.

MATERIALES

Bandeja con:

- Cortador de uñas.
- Tórula de algodón.
- Bolsa plástica.
- Guantes de procedimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Coloque algodón alrededor de la uña a cortar.
- Corte las uñas en forma recta.
- Deseche algodón utilizado y uñas cortadas en bolsa plástica.
- Acomode al paciente.
- Ordene equipo.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Lávese las manos.
- Registre procedimiento efectuado en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

Utilice cortador de uña individual por paciente.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Desinfecte cortador de uñas con algodón con alcohol al 70% (pre y post-procedimiento).

2.11. LAVADO DE PIES

OBJETIVOS

Mantener higiene personal. Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- TENS

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermera Clínico.
- Matrona Supervisora y Clínica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Jarro con agua jabonosa.
- Jarro con agua tibia.
- Lavatorio.
- Apósitos de aseo.
- Bolsas plásticas.
- Toalla de papel.
- Útiles de aseo del paciente.
- Crema.
- Guantes de procedimiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Verifique con el paciente si la temperatura del agua es adecuada, de lo contrario regule nuevamente la temperatura, según su requerimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento y pechera desechable.
- Doble la ropa de cama desde los pies a la cabecera, hasta las rodillas.
- Coloque bolsa plástica sobre sábana inferior y luego el lavatorio.
- Flecte las rodillas del paciente y sumerja un pie en el lavatorio.
- Inicie el lavado desde el tobillo hacia los ортеjos, pasando un apósito de aseo húmedo con solución jabonosa, haciendo énfasis en los espacios entre los dedos del pie.
- Cambie el agua para enjuagar.
- Seque pie y repita el procedimiento con el otro pie.
- Revise y corte uñas, de ser necesario.
- Aplique crema hidratante en dorso del pie, zona plantar y talones.
- Deje cómodo al paciente.
- Ordene el equipo.
- Retírese elementos de protección personal.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

Aplique precauciones estándar.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

2.12. LAVADO DE CABELLO A PACIENTE EN CAMA

OBJETIVOS

Mantener cabello limpio del paciente. Proporcionar comodidad al paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora o Clínica.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Jarro con agua tibia.
- Lavatorio.
- Tómulas de algodón.
- Toalla del paciente.
- Champú
- Bolsa plástica.
- Secador de pelo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento a efectuar.
- Resguarde la privacidad del paciente, utilizando cortina o biombo.
- Ponga al paciente en decúbito dorsal.
- Proteja cuello con toalla y sobre ella bolsa plástica, fije con tela.
- Descubra el tercio superior del colchón, retirando la sábana inferior hasta la altura necesaria.
- Desplace el colchón hacia los pies de la cama y suba al paciente hacia la cabecera, de modo que quede con la cabeza libre sin apoyo, en este espacio, entre colchón y cabecera coloque lavatorio.
- Proteja oídos del paciente con algodón.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique con el paciente si la temperatura del agua es adecuada, de lo contrario regule nuevamente la temperatura, según su requerimiento.
- Lave el cabello: humedezca con agua tibia, aplique champú, masajee el cuero cabelludo, luego enjuague, proteger pabellón auricular con las manos del operador.
- Retire exceso de agua del cabello, envuelva cabello con toalla.
- Retire lavatorio y bolsa plástica.
- Elimine el material utilizado en bolsa plástica.
- Ordene cama, y acomode al paciente.
- Seque el cabello con secador de pelo, peine al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Utilice implementos de aseo personal del paciente.
- Observe presencia de parásitos previo al procedimiento, para eventual tratamiento y precaución de aislamiento de contacto.
- En pacientes con compromiso de conciencia o trastorno de deglución, dejar cabecera al menos 30°, para prevenir neumonía aspirativa.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar
- Suspnda todo tipo de alimentación lo menos, 30 minutos, previo al procedimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

3. SIGNOS VITALES

3.1 Parámetros vitales del paciente adulto:

SIGNOS	PARÁMETROS			
Pulso	60-90 x minuto			
Presión Arterial		Presión arterial sistólica (mmHg)		Presión arterial diastólica
	Optima	<120	y	< 80
	Normal	120-129	y/o	80-84
	Normal Alta	130-139	y/o	85-89
	HTA Etapa 1	140-159	y/o	90-99
	HTA Etapa 2	160-179	y/o	100-109
	HTA Etapa 3	≥180	y/o	≥110
	Hipertensión sistólica aislada	≥140		< 90
Frecuencia respiratoria	15-20 respiraciones x minutos			
Temperatura	Axilar e inguinal 36°C – 36, 9°C Rectal 36,8°C-37,5°C			
Oximetría	95 – 100 %			
Dolor	Según lo descrito en la Guía clínica para la evaluación y manejo del dolor agudo perioperatorio.			

3.2. Parámetros vitales del paciente pediátrico:

Rangos normales de presión arterial según edad:

PERIODO	PAS	PAD
Recién nacido término	50-55	25-30
Lactante menor	90	50
Lactante mayor	95	55

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Rango de valores normales de temperatura según edad:

TEMPERATURA	VALORES MIN/MÁX
T° axilar	36°C-37°C
T° rectal	36°C- 37,9°C
T° bucal	36°C-37,3°C

Rango de valores normales de frecuencia respiratoria según edad:

Edad	FRECUENCIA CARDIACA (LPM)	
	Despierto	Durmiendo
RN a 3 meses	85-205	80-160
3 meses a 2 años	100-190	75-160
2 - 10 años	60 - 140	60- 90
> 10 años	60-100	50 - 90

3.3. TÉCNICA DE MEDICIÓN MANUAL DE PRESIÓN ARTERIAL.

OBJETIVO

Valorar un aspecto hemodinámico específico del sistema cardiovascular, para mantener el control y/o pesquisar alteraciones.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Clínica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

Carro o Bandeja con:

- Esfigmomanómetro.
- Fonendoscopio.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material necesario y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente con brazalete correspondiente, pregúntele su nombre.
- Explíquelo el procedimiento al paciente.
- Exponga por completo el brazo del paciente.
- Coloque al paciente en posición cómoda con el brazo en ligera flexión, el brazo debe estar apoyado a la altura del corazón del paciente y la palma hacia arriba.
- Previo a la medición, el paciente debe haber reposado sentado durante 5 minutos y, si lo requiere, haber evacuado vejiga.
- En caso de ejercicio intenso, consumo de café, alcohol o tabaco, el reposo del paciente debe prolongarse por al menos 30 minutos.
- Las piernas del paciente no deben estar cruzadas. No debe hablar durante la medición.
- Asegúrese que el manómetro esté situado visiblemente. Colocar el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado, que permita leer la graduación de la columna de mercurio o el reloj del anerode. Si se usa manómetro manual portátil, colocarlo sobre una superficie lisa y dura.
- Ubicar la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
- Coloque el manguito completamente desinflado y ajustado al brazo del paciente, el borde inferior del manguito debe quedar a 2.5 cms. o 2 traveses de dedo sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.
- Determinar el nivel máximo de insuflación. Para ello:
 - Ubicar la arteria radial por palpación; sin dejar de presionar la arteria, inflar lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).
 - Al valor de presión sistólica palpatoria identificado, sumarle 30 mmHg.
 - Desinflar totalmente el manguito y esperar 30 segundos antes de inflar nuevamente.
- Colocar el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del manguito, con una presión suave, asegurando que contacte la piel en todo momento.
- Insuflar el manguito en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación ya calculado.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Abrir la válvula de la pera de insuflación, de modo que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mm Hg por segundo. Simultáneamente, observar la columna de mercurio, identificando el nivel donde aparecen los 2 primeros ruidos audibles (presión sistólica) y la desaparición de los ruidos (presión diastólica).
- Registrar el valor obtenido en la medición en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Para la medición de la Presión Arterial (PA) debe utilizarse un esfigmomanómetro validado, el cual debe calibrarse según las recomendaciones del fabricante.
- Elegir el tamaño de manguito apropiado a la circunferencia de brazo.

3.4 TÉCNICA DE MEDICIÓN AUTOMÁTICA DE PRESIÓN ARTERIAL.

OBJETIVO

Valorar un aspecto hemodinámico específico del sistema cardiovascular, para mantener el control y/o pesquisar alteraciones.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora o Clínica.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

- Equipo automático de Medición de Presión Arterial
- Lápiz tinta azul.
- Hoja de Registro diario de Enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material necesario y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Idealmente, procure que el lugar en donde se realizará el procedimiento, sea un ambiente tranquilo, confortable, de temperatura agradable y sin ruido.
- Previo a la medición, el paciente debe haber reposado durante 5 minutos y evacuado la vejiga en caso necesario.
- Si el paciente realizó ejercicio intenso, consumió café, alcohol o si fumó, el reposo debe prolongarse por al menos 30 minutos.
- El paciente debe estar sentado o recostado con la extremidad superior descubierta y apoyada, a la altura del corazón. Las piernas no deben estar cruzadas. No se debe hablar durante la medición.
- Ubicar la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
- Colocar el manguito desinflado ajustado, firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del paciente. Debe rodear el 80% del brazo y su borde inferior, quedar 2,5 cm o dos traveses de dedo por sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión del manguito paralelos al trayecto de la arteria braquial).
- Para encender el equipo, presione el botón ON, luego para iniciar la medición pulse el botón START/(Inicio)
- Realice higiene de manos.
- Registre el valor obtenido en la medición en la hoja de atención diaria de enfermería.
- Presione el botón OFF.
- Retire el manguito y ordene el equipo.
- Deje cómodo al paciente.
- Realice higiene de manos.

CONSIDERACIONES

- Para la medición de la Presión Arterial (PA) debe utilizarse un esfigmomanómetro validado, el cual debe calibrarse según las recomendaciones del fabricante.
- Los equipos automáticos no deben ser usados en pacientes con fibrilación auricular.
- Elegir el tamaño de manguito apropiado a la circunferencia de brazo (cada equipo de medición tiene tres manguitos de distintas medidas).
- Con el uso de manguitos inadecuados se obtienen valores erróneos de presión arterial.
- En pacientes pediátricos se aplica solamente la técnica de medición automática. de presión arterial

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUIA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Utilice barreras pertinentes en pacientes con aislamiento.
- Considere equipo de medición de PA para uso individual a pacientes con aislamiento de contacto.

Referencia: Técnica estandarizada de toma de la PA, 2018. MINSAL.

3.5. CONTROL DE RESPIRACIÓN

OBJETIVO

Valorar la función ventilatoria del paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico o Matrona Clínica.

MATERIALES

Bandeja con:

- Reloj con segundero/ Cronómetro.
- Lápiz azul.
- Hoja de registro.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente por medio de la pulsera de identificación y preguntándole su nombre.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- No avise al paciente que va a controlar su respiración.
- Asegúrese de que el paciente está en una posición cómoda, de preferencia sentado.
- Cuente las veces que se eleve el tórax del paciente durante un minuto, en pacientes lactantes se debe observar la elevación del abdomen.
- Si el paciente está agitado, espere un tiempo prudente para que respire con naturalidad.
- Lávese las manos.
- Registre en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

Informe y registre cualquier alteración de las características de la respiración del paciente (ej. taquipnea, bradipnea, disnea, ruidos respiratorios marcados, otros).

GUIA DE PREVENCIÓN I.A.A.S

- Aplique precauciones estándar.
- Utilice barreras pertinentes en pacientes con aislamiento.
- Considere equipo individual para pacientes con aislamiento de contacto.

3.6 CONTROL DE TEMPERATURA AXILAR.

OBJETIVO

- Medir temperatura corporal.
- Ayudar al diagnóstico médico.
- Controlar evolución del paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Clínica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Bandeja con:

- Termómetro.
- Tórulas de algodón.
- Alcohol al 70 %.
- Lápiz rojo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento. Ayude al paciente a sentarse o a quedar en posición supina.
- Verifique que el área axilar esté seca, de no ser así, seque con tórula o apósito.
- Verifique que la columna de mercurio del termómetro esté en su nivel mínimo (debe estar por debajo de 35.5° C).
- Inserte el termómetro en el centro de la axila del paciente, teniendo cuidado que el bulbo tenga contacto con la piel.
- Solicite al paciente que comprima suavemente el brazo que sujeta el termómetro.
- Espere 3 minutos y retire el termómetro, lea el valor obtenido (el termómetro debe estar a la altura de los ojos del operador).
- Informe al paciente la medición obtenida.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registra la temperatura con lápiz color rojo en la hoja de Enfermería.
- Lave el termómetro con agua y jabón en lugar destinado para ello, enjuague y seque, desinfecte con tórula con alcohol al 70 % y guárdelo en un lugar limpio y seco.
- Lávese las manos.
- Registre la temperatura con lápiz de color rojo en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Mantenga termómetro en un lugar seguro, con el bulbo protegido, según norma del servicio.
- En recién nacidos y en pacientes muy enflaquecidos, debe colocarse el termómetro en forma paralela a la línea media axilar.

GUIA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- En paciente con Precaución de contacto, utilice termómetro de uso exclusivo.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

3.7. CONTROL DE TEMPERATURA RECTAL

OBJETIVO

- Medir temperatura corporal.
- Ayudar al diagnóstico médico.
- Controlar evolución del paciente.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Clínica.

MATERIALES

Bandeja con:

- Termómetro exclusivo para esta vía.
- Guantes de procedimiento.
- Lápiz rojo.
- Tómulas de algodón
- Toalla de papel o papel higiénico.
- Vaselina sólida o líquida.
- Jarro con solución jabonosa.
- Jarro con agua.
- Alcohol al 70%
- 1 bolsa plástica para desechos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládolo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Verifique que la columna de mercurio esté en el nivel mínimo.
- Colóquese los guantes de procedimiento.
- Ayude al paciente para se acomode en posición decúbito lateral con pierna inferior extendida y superior flectada.
- Separe los glúteos de modo que vea el esfínter anal, introduzca lenta y cuidadosamente el termómetro, 3 cms. en el ano (es aconsejable lubricar previamente el bulbo con vaselina sólida o líquida)
- Mantenga el termómetro en el esfínter durante 3 minutos.
- Retire el termómetro, límpielo con tórula de algodón con alcohol al 70%.
- Lea la temperatura.
- Deposite el termómetro en bolsa plástica, trasládolo al área de lavado normada, proceda a lavarlo con agua y jabón con los guantes puestos, enjuague, seque y desinfecte con alcohol al 70%.
- Mantenga el termómetro en la unidad del paciente.
- Retírese los guantes y deséchelos.
- Lávese las manos.
- Deje cómodo al paciente.
- Registre con lápiz rojo temperatura en la hoja de atención diaria de enfermería del paciente (en caso de obtener un valor alterado, informe a Profesional a cargo).

CONSIDERACIONES

- Mantenga privacidad del paciente durante el procedimiento.
- Debe sostenerse el termómetro mientras se controla la temperatura en el recto.
- No debe controlarse la temperatura rectal en pacientes con diarrea, lesiones en la zona anal o rectal, en pacientes postoperados de esas zonas, en pacientes inmunodeprimidos (Haddock, Merrow y Swanson, 1996).

GUIA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- El termómetro para controlar la temperatura rectal debe ser individual y mantenerse debidamente identificado para ese uso (en la unidad).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

3.8. OXIMETRÍA DE PULSO

OBJETIVO

- Permitir la detección precoz de la hipoxemia.
- Valorar la perfusión distal.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Clínica.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora
- Profesional de Enfermería Clínica
- Matrona Clínica

MATERIALES

- Equipo de oximetría
- Tómulas
- Alcohol 70%

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reúna el equipo.
- Lávese las manos.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Encienda el equipo.
- Evalúe el estado de perfusión distal del miembro superior seleccionado (temperatura, color y presencia de pulsos).
- Ocupe el sensor adecuado para la edad del paciente.
- Seleccione el dedo en que se colocará el sensor, los más utilizados son: pulgar, índice, medio y anular.
- Retire esmalte de uñas si corresponde y verifique estado de la misma (suciedad, micosis, etc.), lo anterior, puede interferir en la captación de una adecuada señal.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Coloque la pinza con el sensor en el dedo del paciente.
- Procure que la luz infrarroja se ubique al centro de la uña.
- Observe en la pantalla del monitor, el valor registrado y si corresponde, la formación de la curva de pulso, que verifica la correcta posición del sensor y ratifica gráficamente lo real del valor obtenido.
- Si la monitorización es continua, rote el sensor de dedo, para evitar lesiones por presión sostenida.
- Limpie el sensor y el cable con alcohol al 70%, una vez terminado el procedimiento.
- Realice higiene de manos.
- Registre valor obtenido en la hoja de atención diaria de enfermería (registre el porcentaje de oxígeno administrado al paciente en el momento del procedimiento, si corresponde).

CONSIDERACIONES

- Evite medir la saturación de oxígeno, en extremidades superiores que tienen insertados catéteres, para medición de presión invasiva.
- Evite utilizar de manera continua, el sensor en pacientes desorientados y/o agresivos.
- La oximetría de pulso puede verse alterada por interferencia con la luz ambiental, en presencia de anemias, con el uso de ciertas sustancias de uso endovenosos como emulsiones de lípidos o medios de contraste, en pacientes con concentraciones elevadas de bilirrubina, de carboxihemoglobina y metahemoglobina, en hipotermia.
- La presencia de esmalte de uñas puede arrojar lecturas menores.

GUIA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precaución estándar.
- Considere equipo individual para pacientes con aislamiento de contacto.

3.9. CONTROL DE PULSO PERIFÉRICO

OBJETIVO

Valorar un aspecto hemodinámico específico, para mantener el control y/o pesquisar alteraciones de ritmo, frecuencia y/o profundidad.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.
- TENS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Clínica.

MATERIALES

Bandeja con:

- Reloj con segundero.
- Lápiz azul

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente, explíquelo el procedimiento a realizar.
- Ubique al paciente en posición cómoda con antebrazo y mano apoyados en una superficie.
- Ubique la arteria radial, apoyando sus dedos índice, medio y anular a lo largo de esta, presione en forma suave y firme (en lactantes, ubicar arteria braquial).
- Contabilice el número de pulsaciones durante 60 segundos (comience a contar cuando perciba claramente las pulsaciones). Determine las características del ritmo, amplitud y tensión.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el valor y características relevantes en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- No tome el pulso con el dedo pulgar, pues éste tiene pulso propio.
- Informe si detecta: alteraciones de los parámetros normales del pulso (arritmia, taquicardia, bradicardia).
- Recuerde considerar si el paciente está agitado, con dolor, fiebre u otra causa que pudiese alterar las características del pulso.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUIA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Utilice barreras pertinentes en pacientes con aislamiento.

4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

4.1 MEDICAMENTOS VÍA ORAL

OBJETIVO

- Desarrollar una cultura de seguridad en el uso de medicamentos.
- Disminuir el riesgo de errores vinculados a la utilización de medicamentos y prevenir eventos adversos asociados a este proceso.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médicos.
- Profesionales de Enfermería Clínico.
- TENS.
- Matronas.
- Tecnólogos Médicos.

BAJA SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matronas
- Tecnólogos Médicos
- Médicos

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Tarjeta de tratamiento.
- Carpeta de Enfermería.
- Medicamento indicado.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Vaso con agua o jugo.
- Jeringa, cuchara o vaso dosificado si corresponde, para medir soluciones y administrar el medicamento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón de tratamiento o programación de enfermería, verifique que esta concuerde con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Verifique que el medicamento, no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el material, prepare medicamento en área limpia.
- Traslade el equipo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude, revise la identificación del paciente (verificando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- En pacientes pediátricos, verifique la identificación del paciente e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Explique al paciente el tratamiento a administrar.
- Ubique al paciente en posición Fowler para evitar la aspiración del medicamento por la vía aérea.
- Si hubiera que partir o triturar el medicamento, hágalo dentro de su envase original. En caso de ser un fármaco líquido, debe agitarse bien el frasco antes de administrarlo, a menos que esté contraindicado en la etiqueta del envase.
- Administre el medicamento directamente del envase original, evitando tocarlo con las manos.
- Ofrezca agua al paciente para que degluta el medicamento.
- Si es cápsula, tableta o gragea, el paciente debe introducirse en la boca, si esto no es posible debe hacerlo usted colocándose guantes de procedimiento.
- Verifique que el paciente haya ingerido el medicamento.
- Deje cómodo al paciente, retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Tipo	Consideraciones
1.- Comprimido	<p>Preservar de la humedad, luz y aire.</p> <p>No partir si no están ranurados, por la dificultad de precisión de dosis.</p> <p>No triturar ni diluir las formas de liberación controladas ni las que tengan recubrimiento entérico.</p> <p>Disolver completamente las formas efervescentes.</p> <p>Si se administra comprimido por vía sublingual, vigilar que no sea deglutida.</p> <p>Para administrar medicamentos en comprimido a lactantes, se debe moler y diluir en 5 cc de agua, y realizar el cálculo de la dilución a administrar.</p>
2.- Grageas y cápsulas	<p>No triturar ni quitar la cápsula protectora porque se puede modificar el lugar de absorción y provocar efectos no deseados. Administrar con abundante cantidad de agua y con el estómago vacío para asegurar un tránsito rápido hacia el intestino.</p> <p>No administrar con leche o alcalino ya que estos desintegran la cobertura protectora.</p> <p>Si se administran cápsulas por vía sublingual, se deben perforar.</p>
3.- Polvos	<p>Reconstituidos con agua.</p> <p>Administrar inmediatamente, después de la disolución.</p>
4.- Jarabes	<p>Reconstituidos con agua.</p> <p>Cuando se administra con otros medicamentos, el jarabe se toma siempre en último lugar.</p> <p>En pacientes diabéticos, comprobar el contenido de azúcar y el contenido de alcohol en niños.</p>
5.- Suspensiones	<p>Agitar bien antes de administrar.</p> <p>Las suspensiones antiácidas no deben diluirse para permitir que cubran eficientemente la mucosa gástrica.</p>

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Recuerde que la persona que prepara el medicamento es quien lo debe administrar y registrar.
- En caso de administrar un jarabe, mida con jeringa la cantidad a administrar.
- Si el paciente rehúsa el medicamento, regístrelo en la Hoja de atención diaria de enfermería, y dé avisó al Profesional a cargo.
- Si necesita moler un medicamento, hágalo en el mismo envase.
- Los medicamentos gastro erosivos se administraran en las horas de las comidas y nunca antes de acostarse.
- Los medicamentos cuya presentación es en cápsula, no deben abrirse para facilitar la ingesta.
- El personal de enfermería debe presenciar la ingestión del medicamento.
- Si el comprimido no está ranurado, no dividirlo, ya que esto dificulta obtener una dosis precisa.
- En personas con dificultad para deglutir, se deben triturar los medicamentos.
- Las cápsulas que se deban administrar por vía sublingual, se deben perforar.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

Aplique precauciones estándar.

4.2. MEDICAMENTOS VÍA SUBLINGUAL

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesionales de Enfermería Clínico.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matronas.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

Bandeja o carro con:

- Riñón.
- Medicamento.
- Aguja estéril para puncionar la capsula (sólo en capsulas).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que lo programado sea congruente con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Efectué higiene de manos.
- Traslade el equipo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude, verifique la identidad del paciente (verificando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Explique al paciente el tratamiento a administrar.
- Posicione al paciente en Fowler para prevenir la aspiración del medicamento por la vía aérea.
- Si debe administrar el medicamento en presentación cápsula, perfórela con una aguja estéril.
- Solicite al paciente que abra la boca, levante la lengua y coloque el medicamento debajo de esta.
- Pida al paciente que cierre la boca, e intente no tragar saliva, o hacerlo lentamente durante unos minutos.
- Explique al paciente que no debe morder el medicamento y que debe dejar que se disuelva solo.
- Permanezca al lado del paciente y corrobore la correcta absorción del medicamento.
- Deje cómodo al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore las respuesta del paciente al medicamento, si detecta alguna alteración, informe inmediatamente al profesional de turno.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

4.3. MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesionales de Enfermería Clínico.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matronas.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Tarjeta de tratamiento o tarjetón y carpeta de Enfermería.
- Medicamento indicado.
- Jeringa de 50cc para sonda.
- Recipiente para triturar el medicamento, si corresponde.
- Agua distribuida por personal de nutrición. (agua cocida)

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que lo programado sea congruente con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Verifique que el medicamento no haya sido adelantado en su horario, por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Reúna el material y prepare el medicamento.
- Dependiendo de la presentación del medicamento, aspire la cantidad indicada, en caso de ser un jarabe, o triture la dosis indicada si es un comprimido, dilúyalo con agua tibia (pacientes adultos: 30 a 50 cc de agua y pacientes pediátricos: 10 a 20 cc de agua).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Salude, preséntese, verifique la identificación del paciente (verificando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Explique al paciente el tratamiento a administrar.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Aspire contenido gástrico.
- Administre medicamento indicado, por sonda.
- Introduzca agua tibia posterior a la administración del medicamento (pacientes adultos: 30 a 50 cc de agua y pacientes pediátricos: 10 a 20 cc de agua).
- Deje la sonda pinzada por 30 minutos, posterior al término del procedimiento.
- Efectúe higiene de manos.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).

CONSIDERACIONES

- Para evitar reflujos y aspiración broncopulmonar, el paciente debe permanecer semisentado en 30 grados, mientras se administra el medicamento.
- Antes y después de la administración del fármaco, introducir agua tibia en la sonda para eliminar posibles residuos alimentarios y asegurar que no queden restos de medicamento en la sonda (pacientes adultos: 30 a 50 cc de agua y pacientes pediátricos: 10 a 20 cc de agua).

En pacientes con nutrición enteral:

- No añadir el medicamento a la fórmula, para evitar así posibles interacciones y contaminación.
- Detener la alimentación 30 minutos antes de la administración de medicamentos.
- No administrar varios medicamentos simultáneamente por la sonda. Lavar sonda con 5 a 10 cc de agua, entre cada medicamento administrado.

Se ha de evitar triturar medicamentos con:

- Cubiertas especiales.
- Comprimidos efervescentes, cápsulas gelatinosas, antiácidos y antineoplásicos.

GUÍAS DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar
- Mantenga al paciente semisentado, sobre 30 grados.
- Medir la longitud externa de la sonda nasogástrica en forma diaria.
- Evaluar al menos una vez por turno la motilidad intestinal del paciente (auscultación de ruidos intestinales).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

4.4. MEDICAMENTOS VÍA SUBCUTÁNEA

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesionales de Enfermería Clínico.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matronas.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón
- Jeringa o jeringa de insulina (si se va a administrar insulina subcutánea).
- 1 Aguja de 25G
- Solución o medicamento a inyectar
- Tómulas de algodón
- Alcohol al 70%
- Tarjeta o tarjetón de tratamiento
- Hoja de enfermería

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que lo programado sea congruente con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Verifique que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Efectúe higiene de manos.
- Reúna el material y prepare el medicamento (si el envase es ampolla o frasco ampolla, desinfecte la tapa de goma con alcohol al 70%, posteriormente aspire el líquido a inyectar.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Cambie la aguja a una 25 G para puncionar al paciente (excepto cuando se va administrar insulina subcutánea, la insulina se carga en jeringa de insulina, con aguja fija).
- Traslade bandeja a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Explique al paciente el tratamiento a administrar.
- Localice la zona a puncionar, utilizando como referencia la hoja rotación de administración de tratamiento subcutáneo.
- Desinfecte con alcohol 70%.
- Retire la capsula de la aguja.
- Con la mano no dominante, haga un pliegue en la zona a puncionar.
- Puncione zona correspondiente, en un ángulo de 45° con el bisel de la aguja hacia arriba.
- Administre el medicamento en forma lenta y continua.
- Cuente 10 segundos, mientras la aguja permanece al interior del tejido subcutáneo.
- Retire la jeringa con la aguja en un solo movimiento y aplique una tórula de algodón seca, haciendo presión en el sitio puncionado.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Registre la zona de punción del tratamiento administrado en la hoja de tratamiento subcutáneo.
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

Volumen máximo de administración:

Adulto y Pediátrico: 2 cc (máximo).

CONSIDERACIONES

- Utilice esquema de rotación normado, en el caso de tratamiento anticoagulante o insulino terapia.
- No elegir zonas con lesiones cutáneas o inflamaciones, para administrar el medicamento.
- No masajee sobre sitio de punción.
- En el caso de que el paciente tenga prescrito heparina e insulina, se recomienda asignar áreas específicas para cada tratamiento, por ejemplo: abdomen solo anti coagulación y extremidades en el caso de la insulino terapia.
- En jeringas pre-cargadas con heparina de bajo peso molecular, no elimine la burbuja de aire antes de la administración, ya que su existencia asegura la administración de dosis exacta sin pérdida por el espacio muerto.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Deseche insumos utilizados en bolsa plástica.
- Elimine agujas en dispositivos para material corto punzante.

4.5. INSULINA LENTA Y RAPIDA

OBJETIVO

Preparar y administrar correctamente dos tipos de insulina, cargada en una sola jeringa.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

MATERIALES

Bandeja con:

- Jeringa de Insulina
- Insulinas Lenta
- Insulina rapida
- Tómulas de algodón
- Alcohol al 70%
- Riñón
- Bolsa plástica

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que lo programado sea congruente con la indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Verifique que el medicamento indicado no haya sido administrado previamente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo necesario y prepare la insulina en área limpia.
- Agite suavemente los frascos de insulina.
- Limpie las tapas de goma, de ambos frascos de insulina, con algodón y alcohol al 70 %.
- Cargue primero la jeringa, con la dosis de insulina rápida indicada.
- En la misma jeringa de insulina donde cargó la insulina anteriormente referida, cargue en segundo lugar, la cantidad de insulina lenta indicada, evitando la mezcla de insulinas dentro de los frascos, manteniendo el émbolo frecuentemente traccionado al aspirar la insulina lenta teniendo en cuenta sumar ambas dosis de insulina en la jeringa.
- Cubra la aguja con su tapa, deje la jeringa cargada en su envoltorio estéril, el cual debe estar depositado en el riñón de tratamiento del paciente.
- Traslade el medicamento preparado a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Elija el sitio de punción a administrar, siguiendo la rotación de los registros de la hoja de tratamiento subcutáneo.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo
- Realice higiene de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Registre la zona de punción del tratamiento administrado en la hoja de tratamiento subcutáneo.
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

CONSIDERACIONES

- Mantenga los frascos de insulina en el refrigerador de medicamentos entre 2 y 8°C, protegidos de la luz.
- Rotule el frasco de insulina multidosis con el Nombre y 2 Apellidos del paciente, fecha de apertura de la insulina y n° de cama.
- La vigencia de la insulina una vez abierta es de 1 mes a contar de la fecha de apertura, por ende, si sobrepasa el periodo señalado debe ser eliminada en el receptáculo de desechos de vidrio.
- Antes de proceder a preparar un medicamento se debe revisar la integridad del frasco, fecha de vencimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Deseche insumos utilizados en bolsa plástica
- Elimine la jeringa en caja para material corto punzante.

4.5.1 INSULINA LENTA Y RAPIDA EN LAPICERO

OBJETIVO

Preparar y administrar correctamente insulina en presentación lapicero

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

MATERIALES

Bandeja con:

- Lapicero de Insulina
- Aguja para el lapicero
- Tómulas de algodón
- Alcohol al 70%
- Riñón
- Bolsa plástica

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta de tratamiento, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que lo programado sea congruente con la indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Verifique que el medicamento indicado no haya sido administrado previamente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo necesario y prepare el lapicero en área limpia.
- Agite suavemente el lapicero
- Al instalar una aguja nueva, debe cebar con 2 unidades antes de cargar la dosis a administrar, sin retirar cubierta plástica de aguja.
- Traslade el medicamento preparado a la unidad del paciente, dentro del riñón.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Elija el sitio de punción a administrar, siguiendo la rotación de los registros de la hoja de tratamiento subcutáneo.
- Retire la tapa plástica que recubre la aguja, y administre la dosis, hasta ver que el número de dosis llegue a 0.
- No existe un consenso establecido a nivel mundial para determinar a partir de qué dosis hay que repartir la inyección en 2, pero lo indicado es dividirla a partir de 40-50 IU (100 U).
- Dosis más altas pueden causar más dolor, requieren más fuerza de inyección y producen más fugas en el lugar de la inyección
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo
- Realice higiene de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Registre la zona de punción del tratamiento administrado en la hoja de tratamiento subcutáneo.
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

CONSIDERACIONES

- Mantenga los frascos de insulina en el refrigerador de medicamentos entre 2 y 8°C, protegidos de la luz.
- Rotule el lapicero de insulina con el Nombre y 2 Apellidos del paciente, fecha de apertura de la insulina y n° de cama.
- La vigencia de la insulina una vez abierta es de 1 mes a contar de la fecha de apertura, por ende, si sobrepasa el periodo señalado debe ser eliminada en el receptáculo de desechos de vidrio.
- Antes de proceder a preparar un medicamento se debe revisar la integridad del frasco, fecha de vencimiento.
- Siempre revise que no se encuentre instalada la aguja antes de manipular el lapicero, si es así, deséchelo según norma y reemplace con uno nuevo.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Deseche insumos utilizados en bolsa plástica
- Elimine la aguja en caja para material corto punzante.

4.6. MEDICAMENTO VÍA INTRAMUSCULAR

OBJETIVO

- Desarrollar una cultura de seguridad en el uso de medicamentos.
- Disminuir el riesgo de errores vinculados a la utilización de medicamentos y prevenir eventos adversos asociados a este proceso.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matronas Supervisoras.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón
- Tómulas de algodón
- Alcohol 70 %
- Jeringas de 3 o 5 cc.
- Aguja del 21G ½
- Fármaco indicado y diluyente, si es necesario.
- Bolsa para desechos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta, tarjetón o programación de enfermería, corrobore que esta sea congruente con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y prepare el medicamento en área limpia.
- **Si es ampolla de vidrio:** limpie el gollete de ésta con tórula con alcohol al 70%, ábralo presionando en el punto o circulo marcado para tal efecto, protegiéndolo con una tórula de algodón para evitar lesiones en los dedos del operador, elimine el gollete y ampolla de vidrio en receptáculo de desechos de vidrio.
- **Si es ampolla de plástico:** limpie con tórula con alcohol al 70%, gire, abra y elimine la zona superior cortada en bolsa o depósitos para desechos.
- Aspire el líquido de la ampolla con la jeringa; si el envase es un frasco con medicamento en polvo con tapón de goma, desinfecte la tapa con alcohol al 70% y luego vierta el diluyente en el frasco ampolla.
- Agite el frasco hasta diluir completamente el medicamento.
- Aspire la cantidad de solución medicamentosa a administrar.
- Elimine la aguja utilizada para la preparación del medicamento y cámbiela por una aguja 21g ½ y deje la jeringa, dentro de su envase estéril en un riñón.
- Traslade bandeja a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Explique al paciente el tratamiento a administrar.
- Localice la zona a puncionar (valorando el tamaño y la integridad muscular).
- Limpie la piel con alcohol al 70 %.
- En el caso de elegir el glúteo, recuerde dividir en cuadrantes y puncionar en el cuadrante superior externo.
- Coloque la jeringa en forma perpendicular a la piel e introduzca la aguja en una sola vez, con un movimiento firme, en un ángulo de 90°.
- Aspire suavemente antes de introducir el fármaco, asegurándose que no refluye sangre si no refluye sangre, inyecte el medicamento suavemente y retire la jeringa. (en el caso de que refluya sangre, retire la aguja con la jeringa, deseche y prepare nuevamente la solución a administrar, puncionando un sitio diferente).
- Retire la aguja con la jeringa en un solo movimiento y comprima con una tórula seca, durante 1 minuto.
- Observe si sangra; si así fuese presione por algunos segundos más; en caso contrario retire la tórula.
- Acomode al paciente. Retire y ordene equipo.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Referencias anatómicas: deltoides, cuádriceps y glúteos.
- La zona de punción y tamaño de la aguja, dependen de la edad y del desarrollo muscular del paciente.
- No administre más de 5 cc. de solución por esta vía, en cada punción.
- Una vez administrado el medicamento, espere 10 segundos, antes de retirar la aguja, para evitar pérdida de medicamento.
- Consulte a paciente si es usuario de anticoagulante. Si es así, verifique indicación con médico, antes de administrar medicamento por esta vía.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Deseche insumos utilizados en bolsa plástica.
- Elimine agujas en caja para material corto punzante.

Volumen máximo de administración:

Adulto y Pediátrico:

- Deltoides: 2 cc (máximo).
- Glúteo : 3 a 5 cc.

4.7. MEDICAMENTOS VÍA INTRADÉRMICA

OBJETIVO

- Desarrollar una cultura de seguridad en el uso de medicamentos.
- Disminuir el riesgo de errores vinculados a la utilización de medicamentos y prevenir eventos adversos asociados a este proceso.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matronas

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES:

Carro o bandeja con:

- Jeringa de Tuberculina (de 1cc).
- 1 aguja n°21 para cargar la jeringa.
- Aguja intradérmica (agujas 25 o 23 G).
- Solución o medicamento a inyectar.
- Riñón.
- Tómulas de algodón.
- Alcohol al 70 %.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta, tarjetón de tratamiento o programación de enfermería, corrobore que esta concuerde con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario, por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Reúna el material.
- Cargue la jeringa con la solución a administrar (utilizando la aguja n°21G).
- Cambie a la aguja de la jeringa a la intradérmica.
- Deposite la jeringa cargada en su envase estéril, la cual debe estar en el riñón de tratamiento del paciente.
- Lleve el material a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Seleccione sitio de punción.
- Limpie la piel con tórula más alcohol al 70 %.
- Tome la jeringa con la mano dominante y con la contraria traccione la piel del sitio a puncionar.
- Inserte la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 5 a 15 grados en forma suave y lentamente.
- Avance a aguja por la piel a unos 3 mm, asegurándose que introdujo todo el bisel, que la aguja está bien fija y que se puede observar la aguja a través de la piel.
- Inyecte lentamente la solución, comprobando que se forma una pequeña pápula, si no es así, la aguja está demasiado profunda, retírela y comience de nuevo, previo cambio de aguja.
- Retire la aguja de la piel mientras aplica suavemente una tórula de algodón seca sin masajear la zona puncionada.
- Deseche la aguja sin recapsular en el receptáculo de desecho cortopunzante.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Acomode al paciente.
- Efectúe lavado de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

Volumen máximo de administración:

Pediátrico: 0.1 a 0.3 cc.

Adulto : 1 cc (máximo).

CONSIDERACIONES

Sitios a puncionar: cara anterior del antebrazo, 4 traveses de dedos por encima de la muñeca y 2 traveses de dedo por debajo del codo; cara anterior y superior del tórax, por debajo de la clavícula; parte superior de la espalda a la altura de las escápulas.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Elimine agujas en receptáculo de desecho material cortopunzante.

4.8. MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

OBJETIVO

- Desarrollar una cultura de seguridad en el uso de medicamentos.
- Disminuir el riesgo de errores vinculados a la utilización de medicamentos y prevenir eventos adversos asociados a este proceso.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matrona Supervisora

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Medicamento indicado.
- Guantes de procedimiento.
- Sabanilla desechable.
- Lubricante o agua tibia.
- Gasa.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta, tarjetón de tratamiento o programación de enfermería, corrobore que esta concuerde con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario, por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Reúna el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Posicione al paciente decúbito lateral izquierdo (Fig. N°1), asegurando su privacidad y dignidad.
- Coloque una sabanilla desechable debajo del paciente a la altura de las caderas hasta la zona glútea.
- Examine integridad de la zona perineal y perianal, en caso de observar alguna anomalía, notifique inmediatamente al médico tratante, quien confirmará si de acuerdo a lo detectado se debe administrar el medicamento en vía rectal (sangrado, secreción, hemorroides, prolapso, rush, etc.).
- Remover el envase del supositorio.
- Humedezca la punta con agua tibia o lubricante.
- Separe glúteos y solicite al paciente que realice respiraciones lentas y profundas durante la inserción, con objeto de relajar el esfínter anal.
- Introduzca suavemente con su dedo índice (pacientes adultos) o meñique (pediátricos) el supositorio por el extremo puntiagudo o cónico o según lo indicado por el fabricante (fig. N°2), al menos 4 cms. de manera de traspasar el esfínter anal (en supositorio o cápsulas rectales), luego junte glúteos.
- **Eduque al paciente:** si el paciente está en condiciones de colaborar, indíquele retener el supositorio durante 20 minutos o durante el tiempo que pueda.

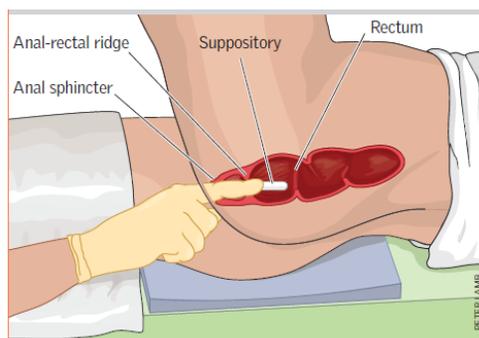
 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	<p>Fecha Elaboración: Abril, 2001</p>
	<p>Fecha Revisión: Abril, 2023</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	<p>Fecha Actualización: Abril, 2026</p>
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	<p>Versión N°: 8</p>
	<p>Total de páginas: 289</p>

- Posterior a la inserción del supositorio, limpie con una gasa el exceso de lubricante en zona perianal.
- Acomode al paciente (coloque al paciente en posición cómoda con fácil acceso al timbre de llamada).
- Recoger y eliminar los desechos
- Retírese guantes de procedimiento.
- Realice lavado de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

Fig. N°1 Posicionamiento del paciente decúbito lateral izquierdo.



Fig. N°2 Inserción del supositorio.



	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Si el paciente tiene deseo de expulsar el supositorio, junte los glúteos hasta que haya pasado el espasmo.
- Si se trata de supositorio, con efecto laxante, administrar 30 minutos antes de las comidas.
- En el caso de las pomadas de uso interno, se debe introducir el aplicador profundamente.
- En caso de Enemas Evacuantes de Retención: el enfermo debe procurar retener el líquido, durante 15 minutos. Administrarlo con la sonda más fina posible, para producir menor presión en el recto.
- En el caso de Enemas de Eliminación: el paciente debe procurar contener el líquido durante 15 minutos y no más de 30, colocar al enfermo del lado izquierdo y, para expulsarlo movilizarlo hacia la derecha.
- Está contraindicada la administración de medicación rectal a pacientes sometidos a cirugía rectal o con sangrado rectal activo y a pacientes con riesgo de arritmias cardíacas.

4.9. MEDICAMENTOS VÍA ENDOVENOSA

OBJETIVO

Administrar medicamentos por vía endovenosa con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.
- Tecnólogos Médicos.
- TENS

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.
- Tecnólogo Médico.
- Médicos.

A) DIRECTA: (Jeringa - Mariposa)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Jeringas de diferentes tamaños.
- Agujas.
- Mariposas de diferente lumen.
- Tórula.
- Envase con Alcohol al 70 %.
- Suero fisiológico en ampollas.
- Guantes de procedimiento.
- Dispositivo de eliminación material corto-punzante.
- Ligadura.
- Fármaco indicado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta, tarjetón u hoja de atención diaria de tratamiento de Enfermería y corrobórela con la indicación médica.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos(*)
- Reúna el material, prepare medicamento en área limpia.
- Prepare el medicamento con técnica aséptica, asegurando su esterilidad hasta el final de la administración(*)
- Si el fármaco está en presentación ampolla, desinfecte la ampolla con alcohol al 70%, aspire el líquido a administrar con jeringa y aguja; si el envase es un frasco con tapón de goma, desinfecte el tapón con alcohol al 70%, diluya el medicamento con diluyente y volumen correcto según indicación médica y/o de enfermería(*)
- Aspire la cantidad de solución medicamentosa a administrar.
- Cambie la aguja a una 21 G o mariposa para puncionar al paciente.
- Deje jeringa dentro de su envase en un riñón, mantenga la esterilidad todo el tiempo, protegiendo la aguja con la que se puncionará el paciente.
- Lleve la bandeja con los insumos a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre)
- Explique al paciente el tratamiento a administrar(*)
- Acomode al paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Seleccione el sitio de punción y aplique ligadura a 4 traveses de dedos sobre área seleccionada.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Desinfecte la piel con tórcula con alcohol al 70 %.
- Fije la vena traccionando la piel con los dedos de la mano no dominante, a 5 cms bajo el sitio de punción.
- Con la mano dominante tome la jeringa y/o mariposa con el bisel de la aguja hacia arriba, introdúzcala paralela a la vena elegida.
- Una vez atravesada la piel, puncione la vena, verificando que refluya sangre. Aspire y luego desligue el brazo y administre el fármaco preparado en la jeringa según velocidad y tiempo indicado(*)
- Una vez terminada la administración del fármaco, retire aguja y presione sitio de punción, cubra con gasa estéril o algodón.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Realice higiene de manos(*)
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo) (*)
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

(*) Medidas obligatorias a supervisar.

CONSIDERACIONES

- El uso de jeringa y/o mariposa para administración de medicamento vía endovenosa, está indicado sólo en caso de dosis única.
- Evite usar agujas metálicas para administración de fluidos o medicamentos vesicantes.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Deseche insumos utilizados en bolsas plásticas.
- Elimine agujas en dispositivo de desecho para material cortopunzante.

A) **INFUSIÓN:** (Bomba de infusión o regulador de goteo)

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Bajada para bomba de infusión.
- Bomba de infusión.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Regulador de goteo (alternativa).
- Jeringas.
- Tijera para cortar matraz de suero.
- Matraz de suero indicado.
- Tómulas.
- Envase con Alcohol al 70 %
- Cinta de rotular
- Tapones estériles
- Tarjeta o tarjetón de tratamiento y hoja de atención diaria de Enfermería

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos(*)
- Reúna equipo y prepare el medicamento en área limpia.
- Prepare el medicamento con técnica aséptica, asegurando su esterilidad hasta el final de la administración(*)
- Desinfecte la goma del frasco y/o ampolla del fármaco, utilizando tórula con alcohol al 70%.
- Aspire la cantidad indicada del fármaco, utilizando jeringa.
- Desinfecte el gollote del matraz de suero con algodón con alcohol al 70% y córtelo (matraces duros), en el caso de los matraces blandos (protegidos con envase) antes de retirar el sello igualmente limpie con alcohol al 70%, luego retire el sello y agregue el fármaco indicado (corrobore que sea el diluyente correcto y volumen correcto según indicación médica y/o de enfermería (*))
- Conecte la bajada al matraz de suero y haga pasar la solución, eliminando las burbujas de aire.
- Traslade el equipo a la unidad del paciente
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre)
- Explique al paciente el tratamiento a administrar(*)
- Realice higiene de manos(*)
- Desinfecte el acceso venoso con alcohol al 70% antes de administrar el medicamento(*)
- Conecte la bajada de la solución a la vía venosa del paciente, elimine el tapón rojo o en el caso de un tapón de acceso intravenoso cerrado.
- Administre el medicamento, programando el goteo con regulador de goteo o bomba de infusión (ml /hr.), según indicación médica y corrobore su adecuado funcionamiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Acomode al paciente.
- Retire y ordene equipo.
- Realice higiene de manos(*)
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo)(*)
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

(*) Medidas obligatorias a supervisar.

CONSIDERACIONES

- Rotule el matraz de suero, especificando la cantidad del fármaco y el volumen en que se está infundiendo.
- Controle periódicamente permeabilidad de la vía venosa, volumen infundido y programación de la bomba.
- En caso de necesidad de utilizar rama secundaria de la bajada de suero desinfecte previamente el tapón de acceso con algodón con alcohol al 70%.
- En caso de suspender infusión, retire la bajada de suero y solución y coloque tapón de acceso venoso cerrado en la salida de la llave de 3 pasos, para mantener el circuito cerrado.
- En caso de tratarse de un medicamento que deba ser administrado protegido de la luz, utilizar bajada correspondiente (fotoprotegida) y cubrir el matraz con funda que no sea traslúcida.
- Al usar bomba de infusión, rotule el matraz con nombre y concentración de los medicamentos presentes en la infusión.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Cambie la bajada de suero, llave de tres pasos, tapones de acceso intravenoso cerrado cada 96 hrs.
- Rotule cada bajada con fecha.
- Agregue los medicamentos por el gollete del matraz, nunca puncione el plástico.
- Efectúe limpieza diaria de la parte externa de la bomba de infusión.
- Elimine agujas en dispositivo para desecho de material corto punzante.
- Cambie tapas estériles en cada oportunidad (tapas rojas).

B) INFUSIÓN: (Microgoteo)

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Equipo de Microgoteo
- Suero fisiológico en matraz
- Jeringas
- Tómulas
- Agujas
- Envase con alcohol al 70%
- Tapa estéril
- Formulario de registro de Enfermería
- Guantes de procedimientos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos (*)
- Reúna el equipo.
- Prepare el medicamento con técnica aséptica, asegurando su esterilidad hasta la administración (*)
- Preparación de matraz:
 - **Matraz rígido:** desinfecte gollote con alcohol al 70%, luego corte este con tijera previamente desinfectada con alcohol al 70%
 - **Matraz blando:** desinfecte con alcohol al 70% sello, retírelo y conéctelo al microgoteo.
- Si el fármaco es ampolla y/o frasco ampolla desinfecte con alcohol al 70%, aspire el líquido a administrar con jeringa; si este es polvo liofilizado diluya el medicamento con diluyente y volumen correcto según indicación médica y/o de enfermería (*)
- Traslade el equipo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Explique al paciente el tratamiento a administrar(*)
- Desinfecte el tapón del micro goteo utilizando tórula con alcohol al 70%.
- Introduzca el medicamento a través del tapón del micro goteo y agregue suero a la mezcla hasta completar 20 – 100 ML., elimine las burbujas de aire.
- Infórmele el procedimiento a utilizar.
- Carque jeringuilla del microgoteo con Suero Fisiológico según indica tarjeta o tarjetón, según indicación médica y/o enfermería (20, 50 o 100 ml), abra prensa y elimine burbujas de aire cebando la conexión.
- Desinfecte el tapón del microgoteo utilizando tórula con alcohol al 70%

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Introduzca el medicamento a través del tapón del microgoteo
 - Desinfecte el acceso a la vía venosa con tórula con alcohol al 70% (*)
 - Conecte la bajada del microgoteo a la vía venosa del paciente.
 - Abra la llave de tres pasos.
 - Programe las microgotas con el regulador de goteo, según la indicación médica y corrobore su adecuado funcionamiento (*)
 - Realice higiene de manos (*)
 - Registre inmediatamente posterior a la administración de infusión en hoja de atención diaria de enfermería (*)
 - Valore la respuesta del paciente al medicamento.
- (*) Medidas obligatorias a supervisar.

OBSERVACIONES

- Recuerde agitar suavemente el microgoteo, cuando se ha agregado un medicamento para homogenizar la mezcla.
- Si se requiere dejar al paciente con vía intermitente, procure dejar extremos distales con tapas estériles.
- Al término de la infusión, desinfecte tapón de acceso a VVP con alcohol al 70% y permeabilice con suero fisiológico.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Rotule bajada del microgoteo con fecha.
- Limpie accesos de inyección con alcohol al 70%.
- Los fármacos deben prepararse en el momento de la administración.
- Cambie vía venosa periférica, equipo y conexiones cada 96 horas.
- Elimine agujas en dispositivo para cortopunzante.

4.10. INSTALACIÓN DE FLEBOCLISIS

OBJETIVO

- Administrar medicamentos o soluciones, por vía endovenosa con fines terapéuticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.
- TENS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón.
- Tijera corta matraz de suero.
- Matraz de suero indicado.
- Bajada de suero.
- Tómulas de algodón.
- Alcohol al 70%.
- Cinta de rotular
- Lápiz o plumón marcador.
- Catéter venoso.
- Apósito adhesivo transparente.
- Llave 3 pasos.
- Ligadura.
- Guantes de procedimiento
- Línea alargadora

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos(*)
- Reúna el equipo y prepare medicamento con técnica aséptica en área limpia asegurando su esterilidad hasta el final de la administración (*)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si hay que agregar a la solución algún medicamento, prepare el medicamento con diluyente y volumen correcto según indicación médica y/o de enfermería (*).
- Preparación de matraz:
 - **Matraz rígido:** desinfecte gollete con alcohol al 70%, luego corte este con tijera previamente desinfectada con alcohol al 70%
 - **Matraz blando:** desinfecte con alcohol al 70% sello y proceda a retirarlo.
- Elimine la cantidad de suero que sea necesario según indicación.
- Agregue el medicamento cargado en la jeringa por el gollete del matraz del suero, manteniendo la técnica aséptica.
- Conecte bajada de suero al matraz, elimine burbujas de aire, cierre regulador de goteo y en extremo distal de la bajada coloque tapa estéril.
- Rotule el matraz con el nombre y dosis del medicamento a administrar. Rotule con fecha la bajada de suero.
- Traslade fleboclisis a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre)
- Explique al paciente el tratamiento a administrar(*)
- Instale vía venosa periférica según norma si es necesario. Si el paciente tiene vía venosa instalada, desinfecte el tapón de acceso venoso cerrado con alcohol al 70 %, conecte la bajada de suero (*)
- Programe goteo velocidad de infusión por BIC o goteo, según indicación médica (*)
- Retire y ordene equipo.
- Realice higiene de manos (*)
- Registre el tratamiento administrado en hoja de atención diaria de enfermería (*)

(*) Medidas obligatorias a supervisar.

4.11. MEDICAMENTO VÍA OFTÁLMICA

OBJETIVO

- Aplicar medicamento oftálmico de manera segura con fines terapéuticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Tecnólogo Médico.
- TENS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Riñón
- Ungüento oftálmico
- Guantes de procedimiento.
- Gasas estériles (2)
- Bolsa plástica
- Suero fisiológico 1 a 2 ampollas

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE UNGÜENTO Y/O COLIRIO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre)
- Informe al paciente el tratamiento a administrar
- Posicione al paciente en posición semifowler
- Realice aseo ocular según lo señalado en la página 11 del presente Manual.
- Elimine el material utilizado y realice higiene de manos.
- Colóquese nuevo par de guantes de procedimientos.

Sólo para la administración de ungüento oftálmico:

- Elimine la primera porción de ungüento (una pequeña cantidad).

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

- Con el dedo índice de la mano no dominante, baje el párpado inferior, exponiendo el saco conjuntival.
- Con la mano dominante exprima una banda de medicamento a lo largo del tercio central del seno conjuntival, sin que el tubo tenga contacto con el usuario (figura n° 3).
- Píde al usuario cierre los párpados y mueva los ojos para distribuir el medicamento.
- Retire el exceso de medicamento con una gasa estéril y explique al paciente que tendrá visión borrosa transitoria y que no debe frotarse los ojos.

Solo para la administración de colirio oftálmico:

- Destape medicamento, dejando siempre la tapa hacia arriba.
- Pídale al usuario inclinar levemente la cabeza hacia posterior.
- Solicite al paciente que mire hacia arriba y fije la mirada en algún punto del techo.
- Con el dedo índice de la mano no dominante, baje el párpado inferior, exponiendo el saco conjuntival.
- Con su mano dominante, comprima el recipiente del medicamento suavemente, dejando caer el número de gotas según indicación médica, sin que el recipiente del fármaco tome contacto con el ojo del usuario (figura n°4).
- Libere el párpado y solicite al usuario cierre los ojos suavemente.
- Aplique presión en canto interno para evitar fármaco fluya al conducto lagrimal.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA ADMINISTRACIÓN UNGÜENTO Y/O COLIRIO

- Deseche gasas y guantes de procedimiento en bolsa plástica.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.



Figura n°3



Figura n°4

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Uso de medicamento individual para cada paciente.

OBSERVACIONES

- Siempre realice aseo ocular previo a la administración de un medicamento ocular.
- Mantenga unguento en el carro de administración de medicamentos, identificado con nombre y dos apellidos del paciente y fecha de apertura del medicamento.
- Al instilar dos o más colirios, recuerde que debe haber un intervalo mínimo de 2 minutos entre la aplicación de uno y otro.
- Mantenga colirios en el refrigerador de medicamentos, identificado con el nombre y dos apellidos del paciente y fecha de apertura.

4.12. MEDICAMENTO VIA ÓTICA

OBJETIVO

- Aplicar medicamento de manera segura con fines terapéuticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Medicamento ótico
- Gasa estéril
- Pres de guantes de procedimiento
- Toallas de papel
- Suero fisiológico 0,9% (en ampollas).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar
- Póngase los guantes de procedimiento.
- Solicite al usuario que lateralice la cabeza hacia el lado contrario de donde administrara medicamento.
- Realice aseo de cavidad ótica con gasa estéril humedecida con suero fisiológico 0,9% y seque con toalla de papel.
- Elimine el material utilizado y retírese los guantes.
- Realice higiene de manos.
- Póngase los guantes de procedimiento.
- Destape medicamento, dejando siempre la tapa hacia arriba.
- Ponga una toalla de papel alrededor de la oreja del usuario.
- Tome con su mano dominante el pabellón auricular y traccione suavemente hacia postero-superior, a fin de alinear el conducto auditivo (figura n°5).
- Con su mano no dominante tome el medicamento, acérquelo sin que tenga contacto con el pabellón auricular del usuario e instile en el meato las gotas prescritas según la indicación médica, las cuales deben escurrir por las paredes del pabellón auricular.
- Presionar el tragus vertical para facilitar el avance del medicamento hacia el oído interno.
- Pídale al usuario que mantenga la posición con la cabeza lateralizada por 5 minutos, para prevenir la salida de medicamento.
- Verificar que no hayan efectos adversos.
- Elimine el material la toalla de papel y guantes de procedimientos en bolsa de plástico.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Realice higienización de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289



Figura N°5

4.13. MEDICAMENTO VÍA VAGINAL

OBJETIVO

- Aplicar medicamento vía vaginal de manera segura con fines terapéuticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Medicamento vaginal (gotas o ungüento) y/o aplicador de medicamento
- Tómulas ginecológicas
- Jarro con agua
- Esponjas jabonosas
- Chata
- 2 pares de guantes de procedimiento

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Resguarde la privacidad de la usuaria (cierre puerta, cortinas o instala un biombo)
- Póngase los guantes de procedimiento.
- Realice aseo según lo señalado en la página 13 – 14 “Aseo genital” del presente Manual.
- Elimine el material utilizado y retírese los guantes.
- Realice higienización de manos
- Póngase nuevo par de guantes de procedimiento
- Pídale a la usuaria que flecte las piernas y las separe (posición ginecológica).
- Abra el medicamento a utilizar.
- Con su mano no dominante descubra el orificio vaginal.
- Con su mano dominante tome el medicamento e introdúzcalo a través del canal vaginal uno 5 a 7 cms. en dirección al sacro (figura n° 6).
- Verificar que no hayan efectos adversos.
- Elimine el material guantes de procedimientos en bolsa de plástico.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Acomode a la paciente.
- Realice higiene de manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

CONSIDERACIONES

- Infórmele que debe mantenerse en posición decúbito supino por unos minutos, para evitar expulsión del medicamento y luego mantenerse en la cama por 1 hora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289



Figura N°6

4.14. TRATAMIENTO ANTISÁRNICO

OBJETIVOS

- Eliminar parásitos.
- Evitar la propagación de parásitos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Guantes de procedimiento.
- Delantal desechable con mangas.
- Apósito de aseo.
- Bolsa plástica.
- Solución antisárnico.
- Ropa de cama.
- Camisa de paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y tráselo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Colóquese delantal desechable con mangas y guantes de procedimiento.
- Aplique solución antiséptica desde el cuello hasta los pies, evitando el contacto con los ojos, mucosa y genitales.
- Vista al paciente y confeccione cama con ropa limpia.
- Deseche ropa contaminada en bolsa plástica y envíe a lavandería y rotule como contaminada con el nombre del microorganismo.
- Acomode al paciente.
- Retírese y elimine en bolsa plástica, guantes y delantal.
- Lávese las manos.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

OBSERVACIONES

- Este tratamiento debe efectuarse inmediatamente después del baño.
- Ponga énfasis en espacios interdigitales y pliegues.
- Si el paciente utiliza pijama propio, entregar a familiares en bolsa plástica con indicación de lavar por separado con agua caliente. Proceda de la misma forma con ropa que vestir al momento del ingreso.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar y de contacto.
- Mantener precauciones de contacto hasta 3 días de haber administrado el medicamento antiséptico.
- Manejo de ropa contaminada.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

4.15. TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS

OBJETIVO

- Eliminar parásitos.
- Evitar la propagación de parásitos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Solución desparasitadora.
- Delantal de plástico desechable con mangas.
- Guantes de procedimiento.
- Ropa de cama (optativo).
- Peineta.
- Gorro desechable (2)
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la tarjeta o tarjetón de tratamiento u hoja de atención diaria de Enfermería y corrobórela con la indicación médica y fármaco.
- Verifique el paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta, reconstitución y dilución correcta, información al paciente, velocidad de infusión correcta, alergia al medicamento y registro correcto.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y tráselo a la unidad del paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Preséntese, salude y verifique la identidad del paciente (revisando su pulsera de identificación y/o preguntándole su nombre).
- Informe al paciente el tratamiento a administrar.
- Colóquese gorro, delantal de plástico desechable con mangas y guantes de procedimiento.
- Coloque bolsa plástica sobre los hombros del paciente.
- Aplique solución desparasitadora según indicación del fabricante.
- Coloque al paciente un gorro desechable, manteniéndolo el tiempo que recomiende el fabricante.
- Enjuague cabello, utilice peineta.
- Coloque gorro al paciente.
- Coloque ropa limpia al paciente, deseche ropa en bolsa plástica y envía a lavandería con rótulo de contaminado con el nombre del microorganismo.
- Acomode al paciente.
- Desinfecte peine con alcohol al 70%
- Retírese y delantal de plástico desechable con mangas, guantes y gorro.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Registre inmediatamente el medicamento posterior a la administración en hoja de atención diaria de enfermería (el funcionario que administró el medicamento debe registrarse con inicial del primer nombre y apellido paterno completo).
- Valore la respuesta del paciente al medicamento.

OBSERVACIONES

- Utilice elementos personales del paciente.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar y de contacto.
- Manejo de ropa contaminada.
- Instale precauciones de aislamiento de contacto hasta la ausencia de liendres.
- Mantener con gorro al paciente hasta completar el tratamiento.

5. INSTALACIÓN Y MANEJO DE INVASIVOS

5.1 INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (C.V.P.)

OBJETIVO

Obtener acceso venoso permeable, según protocolo institucional y previniendo IAAS.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- TENS (excepto en pacientes neonatológicos y pediátricos y UPC, en donde cumple un rol de colaborador).

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia (5to año).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.
- Matrona Clínica.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Riñón
- Tórulas de algodón de aseo e inyectable.
- Solución jabonosa antiséptica (Clorhexidina jabón 4%).
- Solución antiséptica normada por U.C.I.A.A.S. (Clorhexidina 2% o Clorhexidina 0,5% tintura).
- Gasa estéril.
- Guantes de procedimiento.
- Material de fijación (apósito transparente, tela adhesiva, fixomull).
- Catéteres venosos periféricos, de diferentes calibres.
- Línea alargadora.
- Llave de tres pasos.
- Tapones de acceso EV, cerrado.
- Jeringa 10 cc.
- Suero fisiológico (ampollas).
- Ligadura.
- Inmovilizador (pacientes pediátricos en los que se instaló C.V.P. en área de pliegues)
- Plumón.
- Dispositivo para material corto punzante.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Realice lavado de manos clínico, con jabón antiséptico.
- Reúna el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Seleccione la vena a utilizar.
- Acomode al paciente, con brazo casi paralelo al cuerpo, coloque apoyos si fuese necesario.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Efectúe aseo del sitio de punción con tórculas de aseo, humedezca el área a puncionar con tórcula humedecida con agua, deslice sobre la piel de manera circular desde el centro hacia afuera, elimine la tórcula utilizada, aplique tórcula humedecida con agua + jabón antiséptico (Clorhexidina 2%), deslice sobre la piel de la misma forma anteriormente referida, elimine la tórcula utilizada, enjuague con tórcula humedecida con agua de la misma manera descrita anteriormente, elimine tórcula y seque minuciosamente a toques con tórculas secas o papel absorbente.
- Coloque la ligadura por sobre del sitio de la punción.
- Desinfecte la piel con antiséptico tópico normado (Clorhexidina 2%), efectuando un movimiento circular desde el centro hacia fuera, deje secar antes de puncionar (tiempo mínimo de espera: 2 minutos).
- Sujete la piel con el pulgar, por debajo del sitio de punción y traccione firmemente.
- Sujete el teflón por la cámara de reserva, con la punta biselada hacia arriba, e insértela en la vena, en dirección al flujo sanguíneo, observe si hay reflujo de sangre hacia la cámara, si es afirmativo, avance lentamente la bránula por el interior de la vena, sin romper la pared opuesta; suelte y retire parcialmente el conductor metálico y termine de introducir la bránula.
- Si es necesario, coloque una gasa estéril, bajo el catéter o bránula, quite completamente el conductor y observe si hay reflujo de sangre hacia la gasa, verificando así, la ubicación correcta en la vena.
- Conecte línea alargadora, llave de tres pasos y tapones (previamente cargados con suero fisiológico).
- Conecte catéter recién instalado a equipo de infusión al catéter recién instalado (el cual debió ser cargado previamente con suero fisiológico).
- Verifique si la infusión pasa libremente al torrente sanguíneo y regule goteo, según indicación médica.
- Limpie restos de sangre.
- Una vez seca la piel, cubra con apósito transparente, abarcando el sitio de inserción del catéter.
- Fije línea alargadora a la piel, con tela adhesiva, a fin de prevenir el desplazamiento del catéter.
- Elimine material desechable, en bolsa plástica y utilizando una pinza Kelly, elimine el conductor metálico, en receptáculo de material corto punzante.
- Rotule con fecha de instalación y n° de catéter, sobre apósito transparente (teniendo la precaución de no cubrir el sitio de inserción del catéter).
- Rotule con tela adhesiva la bajada de infusión con fecha de instalación.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Lávese las manos.
- Registre en hoja de atención diaria de enfermería el procedimiento (fecha, hora, antiséptico utilizado en la limpieza y desinfección del área, ubicación y catéter, inicial del nombre y apellido completo del ejecutor responsable).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Evite puncionar extremidades inferiores y en sitios de flexión. Seleccione vena de distal a proximal.
- El calibre de la vena, debe ser mayor que el lumen del catéter a utilizar. Si no obtiene reflujo de sangre, retire el catéter.
- Si se administra terapia intermitente, permeabilice el catéter con suero fisiológico y desconecte equipo de infusión, deje cerrada la llave de tres pasos hacia el paciente.
- No guardar tapas rojas con envases de bolsillos de su uniforme ya que pierden su esterilidad.
- Las tapas rojas son desechables.
- **Pacientes pediátricos:**
 - Sólo el Profesional de Enfermería o Matrona debe instalar el catéter venoso periférico, el procedimiento debe ser asistido con un colaborador, a fin de inmovilizar al paciente.
 - Las conexiones del catéter venoso periférico (llave de 3 pasos, taponos de acceso cerrado) debe quedar protegidas con gasa o apósito estéril + tela adhesiva.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- En todo dispositivo intravascular (a excepción del catéter de diálisis) se deberá instalar una línea alargadora y una llave de 3 pasos, estas se considerarán parte del catéter.
- En caso de pacientes ambulatorios, que necesiten instalación de “mariposas”, para administración de medicamentos durante el procedimiento, se debe desinfectar la piel con alcohol al 70%.
- Revisar el sitio de inserción y/o trayecto en busca de signos de infiltración, flebitis o infección, incluyendo dolor, enrojecimiento, induración, exudado o interrupción del flujo de infusión (revisión diaria en vía venosa periférica de uso intermitente y cada 8 hrs. en catéter de uso continuo).
- Los dispositivos venosos periféricos en pacientes adultos deben ser reemplazados cada 96 horas.
- No se recomienda realizar cambio de dispositivos venosos periféricos a plazos establecidos en pacientes pediátricos.
- Realizar una curación para eliminar los restos de sangre del sitio de inserción, aplicando antiséptico y dejando éste cubierto con gasa estéril o parche transparente aprobado por la U.C.I.A.A.S.
- Los puertos de inyección, conexiones, adaptadores, llaves de 3 pasos, etc., deben ser desinfectados con alcohol al 70% antes de acceder a ellos con dispositivos estériles.
- Reemplazar los sets de administración intravenosa cada 96 hrs.
- En caso de terapia intermitente, desconecte el set de administración y proteja el extremo distal de la bajada de infusión, con tapa estéril, esta debe ser de uso estéril y cambiada cada vez que se acceda a llave de 3 pasos.
- Se deben tomar las máximas precauciones para evitar el apósito transparente que cubre el dispositivo se moje, al momento del baño o ducha del paciente, previniendo una infección del torrente sanguíneo.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

5.2 CURACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

OBJETIVO

Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociados a dispositivos intravasculares.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona Clínica.
- TENS (excepto en pacientes neonatológicos, pediátricos y UPC).

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Bandeja de curación estéril o riñón estéril.
- Gasa estéril.
- Solución antiséptica normada por U.P.C.I.A.A.S. (Clorhexidina 2% o Clorhexidina 0,5% tintura).
- Guantes estériles.
- Apósito transparente. o adhesivo veca c.
- Tela adhesiva o fixomull.
- Plumón.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Realice lavado de manos clínico, con jabón antiséptico.
- Reúna el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire suavemente el adhesivo de fijación ubicado sobre el sitio de inserción del C.V.P.
- Retírese los guantes de procedimiento
- Lávese las manos
- Abra envoltorio de la caja de curación y deposite insumos a utilizar
- Colóquese guantes estériles

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Revise sitio de inserción, en busca de signos de infiltración, flebitis o infección, incluyendo dolor, enrojecimiento, induración, exudado.
- Desinfecte alrededor del sitio de inserción del C.V.P., con gasa estéril humedecida con antiséptico tópico en movimiento circular, sin repasar sobre el área que fue desinfectada, proceda a desechar gasa
- Deje secar el área (tiempo mínimo de espera de Clorhexidina: 2 minutos).
- Fije el catéter con apósito estéril transparente.
- Rotule con fecha de instalación, n° de catéter, y fecha de curación del sitio de inserción. sobre apósito transparente o agregando rotulo sobre apósito (teniendo la precaución de no obstaculizar la visualización del sitio de inserción del catéter).
- Deje cómodo al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Realice lavado de manos.
- Registre el procedimiento y observaciones, en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- No aplicar protector cutáneo en spray en piel circundante a sitio de inserción de accesos vasculares (el protector cutáneo no es estéril).

5.3 COLABORACIÓN EN INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

Colaboración al médico, en la ejecución del procedimiento.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matronas.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Catéter Venoso Central, de 1, 2 o 3 lúmenes.
- Jeringa de 5, 10 y 20 cc.
- Jabón antiséptico normado por U.C.I.A.A.S (Clorhexidina 4%).
- Antiséptico normado por U.C.I.A.A.S. (Clorhexidina 2%).
- Guantes estériles.
- Caja de cirugía menor.
- Bisturí con mango.
- Seda 2-0.
- Lidocaína ampolla 2%.
- Suero fisiológico ampollas.
- Gasas estériles.
- Línea alargadora de 30 cms.
- Llave de 3 pasos.
- Tapones de acceso IV cerrado.
- Apósito adhesivo transparente.
- Apósito estéril
- Apósito de aseo
- Suero fisiológico matraz, con bajada de suero.
- Material de fijación (tela adhesiva, fixomull).
- Paquete de ropa estéril.
- Gorro.
- Mascarilla quirúrgica.
- Cinta de rotular.
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- El procedimiento, es de responsabilidad médica.
- La acción de la enfermera, matrona o TENS, es de colaboración.
- Lávese las manos con jabón antiséptico (Clorhexidina al 4%).
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Coloque al paciente en posición decúbito dorsal o según indicación del Médico para facilitar el retorno venoso.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Lave la piel de la zona a puncionar, con agua y con jabón antiséptico, aprobado por U.C.I.A.A.S., luego enjuague y seque bien (La zona ya preparada no deberá volver a ser manipulada).
- Abra paquete de ropa y preséntela al operador, con técnica aséptica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Abra y presente con técnica aséptica, el equipo de cirugía menor y los materiales necesarios, para realizar las maniobras en el orden requerido.
- Proteja la zona de conexión al equipo de fleboclisis y llave 3 pasos y/o tapones de acceso cerrado del catéter, con gasa o apósito estéril + tela adhesiva, en servicios normados (Pediatria)
- Rotule bajadas con fecha de instalación.
- Fije líneas alargadoras al piel del paciente, para evitar tracciones, desplazamientos y acodaduras.
- Acomode al paciente
- Ordene y retire el equipo
- Lávese las manos
- Registre el procedimiento y observaciones, en hoja de atención diaria de enfermería.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.
- El operador debe realizar lavado de manos quirúrgico con jabón de Clorhexidina al 4%
- Usar técnica estéril con barreras máximas de precaución: gorro, mascarilla, delantal estéril, guantes estériles y campo estéril amplio.
- Evitar la instalación por vía femoral. Si se tiene experiencia, preferir la instalación por vía subclavia.
- Con el fin de preservar la esterilidad del circuito vascular, reducir al mínimo el número de conexiones y desconexiones.
- Retirar los catéteres instalados en condiciones de emergencia, donde puedan haber ocurrido transgresiones de la técnica estéril.
- No utilizar guías de alambre para reemplazar un catéter disfuncional, a menos que el paciente no tenga otra posibilidad de acceso vascular y no existan evidencias de infección local.
- Si es necesario eliminar vello de la zona de punción, córtelo con máquina eléctrica, no se debe rasurar.
- Seleccionar el dispositivo con el menor número de lúmenes posibles.
- La línea alargadora y tapón acceso IV, se considera parte del catéter.
- Cambie la bajada de suero, llave de 3 pasos y conexiones, cada 96 horas Asegúrese de una adecuada fijación del C.V.C.
- Controle la instalación del C.V.C., con radiografía y posterior evaluación médica.
- Elimine material corto punzante, según guía de procedimiento correspondiente.
- Registre en Hoja de atención diaria de enfermería y Hoja de vigilancia paciente por indicadores establecidos (completar datos y llenar con “I” (de inicio de dispositivo invasivo).
- El procedimiento debe ser realizado en pabellones, nunca en la habitación del paciente (excepto en UPC).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

5.4 PERMEABILIZACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

Permeabilización Catéter Venoso Central en servicios clínicos excepto UPC.

OBJETIVO

- Mantener permeable el C.V.C.
- Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de dispositivos intravasculares.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (colaborador).
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Suero fisiológico ampollas.
- Bandeja de procedimiento estéril.
- Jeringas de 10 cc.
- Alcohol al 70%.
- Gasas estériles.
- Tómulas de algodón.
- Guantes estériles.
- Bolsa plástica.
- Receptáculo de desecho material cortopunzante.

5.4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO CON COLABORADOR

OPERADOR

- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Explíquelo el procedimiento al paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

COLABORADOR

- Lávese las manos.
- Desinfecte con alcohol al 70% el gollete de las ampollas de suero fisiológico a utilizar, según número de ramas de C.V.C. que debe permeabilizar el operador. Proceda a dejar las ampollas abiertas de pie sobre una superficie limpia y seca).
- Deposite las jeringas de 10cc (dependiendo del número de ramas a permeabilizar), gasas estériles (teniendo la precaución no tocar el campo estéril).

OPERADOR

- Colóquese guantes estériles.
- Tome la jeringa c/aguja del campo estéril y solicite al colaborador que le presente la ampolla de suero fisiológico, introduzca la aguja de la jeringa en la ampolla sin tocar los bordes de la entrada y aspire el contenido, déjela sobre el campo estéril.
- Tome la gasa estéril, y solicite al colaborador que las humedezca con alcohol al 70% (el colaborador no debe tocar la gasa estéril).
- Deje gasas estériles secas en el campo estéril para tomar las ramas del C.V.C.
- Con la gasa estéril seca tome la rama a permeabilizar y desclampee la rama.
- Con la otra mano desinfecte el tapón de acceso cerrado gasa estéril humedecida con alcohol al 70% (espere un tiempo de acción de 10 segundos), elimine la gasa.
- Inserte jeringa cargada en el tapón, aspire chequeando que refluya sangre, e introduzca 10 ml de suero fisiológico (Utilice técnica de push-stop), antes de terminar de administrar la totalidad del volumen, clampee la rama, para evitar reflujo de sangre, retire la jeringa y deseche.
- Por cada rama a permeabilizar desinfecte con una gasa estéril humedecida con alcohol al 70% y utilice una jeringa de 10cc cargada con suero fisiológico distinta.
- Acomode al paciente.
- Ordene y elimine los insumos utilizados.
- Elimine agujas en receptáculo de material cortopunzante.
- Retírese los guantes estériles.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

5.4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO SIN COLABORADOR

- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Explíquelo el procedimiento al paciente.
- Desinfecte con algodón + alcohol al 70% el gollete de las ampollas de suero fisiológico a utilizar, según número de ramas de C.V.C. a permeabilizar. Proceda a dejar las ampollas abiertas de pie sobre una superficie limpia y seca.
- Abra la envoltura externa de los guantes estériles por el sitio indicado por el fabricante.
- Coloque la envoltura interna de los guantes sobre una superficie limpia y seca.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Oriente los guantes de tal forma que los dobleces queden proximales a su cuerpo.
- Abra la envoltura interna del guante sin tocar el interior de la misma.
- Deposite las jeringas de 10cc (dependiendo del número de ramas a permeabilizar), gasas estériles y humidézcalas con alcohol al 70%, deje algunas gasas estériles secas (tenga la precaución no tocar el campo estéril y deposite estos insumos a la altura del guante de su mano no dominante).
- Tome con la mano no dominante el guante de la mano dominante, por la parte superior del dobles y levántelo.
- Introduzca la mano dominante en el interior del guante hasta que calcen todos sus dedos.
- Estire el guante tomándolo de la parte interna para su ajuste correcto.
- Con la mano estéril (dominante) tome la jeringa c/aguja del campo estéril.
- Con la mano limpia (no dominante) tome la ampolla de suero fisiológico abierta y previamente desinfectada.
- Con la mano dominante (mano estéril), aspire el contenido de la ampolla.
- Deje la jeringa cargada sobre el campo estéril, con su mano dominante (mano estéril).
- Con la mano no dominante (limpia) elimine la ampolla de suero utilizada.
- Repite el procedimiento si debe permeabilizar más de una rama de C.V.C.
- Introduzca los dedos de la mano enguantada (mano estéril) debajo del dobles del guante sobrante y levántelo.
- Introduzca la mano no dominante en el interior del guante y ajústelo.
- Retire la aguja de la jeringa estéril cargada con suero fisiológico.
- Tome una gasa estéril seca del campo estéril y con ella tome la rama a permeabilizar, desclampee la rama.
- Con la otra mano tome la gasa humedecida con alcohol al 70% y desinfecte el tapón de acceso cerrado de la rama (espere un tiempo de acción de 10 segundos).
- Inserte en el tapón de acceso cerrado la jeringa cargada con suero fisiológico, aspire suavemente chequeando que refluya sangre y permeabilice (Utilice técnica de push-stop) antes de terminar de administrar la totalidad del volumen, clampee la rama, para evitar reflujo de sangre, retire la jeringa y deseche.
- Por cada rama a permeabilizar desinfecte con una gasa estéril humedecida con alcohol al 70% y utilice una jeringa de 10cc cargada con suero fisiológico distinta.
- Acomode al paciente.
- Ordene y elimine los insumos utilizados.
- Elimine agujas en receptáculo de material cortopunzante.
- Retírese los guantes estériles.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

OBSERVACIONES

- Si una rama se encuentre ocluída, no intente permeabilizarla, coloque una tapa roja en el extremo distal de la rama, sin alargador estéril, protéjalo con una gasa o apósito estéril + tela adhesiva y rotule: “**Rama ocluída**”

Pacientes pediátricos:

- Las conexiones del catéter venoso central (llave de 3 pasos y tapones de acceso venoso cerrado) deben quedar protegidas con gasa o apósito estéril + tela adhesiva.

Servicio de Onco-Hematología:

- Debido a que el paciente hospitalizado en este servicio tiene una condición particular (Inmunocomprometido), el manejo del C.V.C. debe realizarlo siempre el operador con la ayuda de un colaborador y con técnica aséptica (instaurando el campo estéril con paño estéril o caja de procedimiento estéril).

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar
- Aplique técnica aséptica.
- Realice higiene de manos antes de la manipulación del dispositivo.
- Desinfecte los accesos con alcohol al 70%, previo a su uso.
- La línea alargadora y tapón acceso IV, se considera parte del catéter
- Cambie cada 96 hrs, la bajada de suero, llave de 3 pasos y conexiones.
- Elimine material corto punzante, en dispositivo de desecho para material cortopunzante.
- Se recomienda para los catéteres centrales de 3 lúmenes la siguiente distribución de ellos en su uso:
 - **Lumen proximal:** toma de exámenes y administración de infusiones.
 - **Lumen medial:** uso exclusivo en caso de Nutrición parenteral total continua (NPTC).
 - **Lumen distal:** medición de PVC e infusiones.
- Las líneas de uso intermitente deben ser flusheadas con 10 cc de suero fisiológico cada 12 hrs. para asegurar la permeabilidad del dispositivo. Es importante utilizar jeringas de 10 ml., para evitar crear una mayor presión que puede contribuir a la ruptura del catéter.
- Los puertos de inyección, conexiones, adaptadores, llaves de tres pasos, etc. deben ser desinfectados con gasa estéril humedecida con alcohol 70%, antes de acceder a ellos con dispositivos estériles.
- Si hubo una transgresión a la técnica estéril, por instalación en condición de emergencia, realizar cambio lo antes posible.
- No mojar ni sumergir la zona de inserción del catéter, se debe proteger la zona con apósito impermeable (se recomienda colocar sobre el apósito impermeable, un recubrimiento de plástico fijado con tela adhesiva).
- Registre en Hoja de vigilancia paciente por indicadores establecidos, llenar con una flecha hacia la derecha en celda correspondiente al día (en el caso de que se mantenga el dispositivo invasivo).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

5.5 CURACIÓN PLANA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

- Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de dispositivos intravasculares.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- 1 Caja de curación.
- Gasas estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Antiséptico tópico (Clorhexidina al 2%).
- Apósito estéril transparente.
- Tela adhesiva (Micropore o Fixomull).
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Realice higiene de manos.
- Prepare el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire cuidadosamente el apósito que cubre el sitio de inserción del C.V.C. (teniendo la precaución de no desplazar el C.V.C.)
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Abra envoltorio la caja de curación y deposite los insumos a utilizar.
- Desinfecte con gasa estéril humedecida con Clorhexidina al 2%, alrededor del sitio de inserción del C.V.C., elimine gasa utilizada.
- Desinfecte con gasa estéril humedecida con Clorhexidina al 2% alrededor del punto de fijación del C.V.C. (espere un tiempo mínimo de secado de 2 minutos).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Cubrir el sitio de inserción con gasa estéril (sólo sitio de inserción) y fijar con apósito estéril transparente (en pacientes pediátricos la fijación es con fixomull).
- Fije ramas a piel del paciente con tela micropore o fixomull (afín de evitar desplazamiento del C.V.C. por tracción).
- Rotule fecha de curación efectuada.
- Deje al paciente cómodo.
- Retire y ordene el material.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Se recomienda realizar curaciones en los sitios de inserción de cvc por lo menos cada 7 días si se utiliza apósito transparente y éste permite visualizar el sitio de inserción del catéter. Se deben curar cada 2 días si se utiliza para su cubierta gasa. En servicios de pediatría y upc, considerar cambio más frecuentes según condición del sello.
 - Reemplazar la curación cuando el apósito se desprenda, se humedezca o esté visiblemente sucio.
 - Si el paciente está diaforético o hay sangrado del sitio de punción prefiera el uso de gasa hasta resolver la situación.
- Inmediatamente posterior a la instalación se sugiere curación con gasa y fixomull.

5.6 RETIRO CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

- Retirar adecuadamente el C.V.C., según indicación médica.
- Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de dispositivos intravasculares.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matronas.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia (5to año).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Caja de curación mayor.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica, aprobada por U.C.I.A.A.S. (Clorhexidina 2%).
- Gasas estériles.
- Bisturí (opcional).
- Material de fijación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación médica de retiro de C.V.C. en hoja de atención diaria de enfermería del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Ubique al paciente, en posición decúbito dorsal.
- Retire cuidadosamente el apósito de fijación sobre sitio de inserción de C.V.C. y elimine en bolsa plástica de desechos.
- Retírese los guantes.
- Realice lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Realice curación en sitio de inserción del C.V.C.
- Retire el punto de fijación del catéter, suavemente.
- Cubra el sitio de punción, presionando con gasa estéril el tiempo necesario para asegurar que no haya sangrado, coloque gasa estéril compresiva + tela adhesiva por 6 horas post-retiro del C.V.C.
- Acomode al paciente.
- Retire el equipo, elimine material desechable.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería y señale con una flecha hacia abajo en hoja de vigilancia de C.V.C.

CONSIDERACIONES

- Al retirar el C.V.C, observe características del sitio de inserción y regístrelo en la hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica estéril
- Evaluar la necesidad de continuar con la cateterización cada 24 hrs. Retirar el dispositivo vascular tan pronto como su uso deje de estar indicado.
- Si la sospecha de infección recae sobre el dispositivo intravascular, la toma de las muestras se debe hacer según el siguiente esquema:

Técnica conservadora:

- Se utiliza cuando no es posible el retiro del dispositivo.
- Se tomarán hemocultivos por arrastre de cada uno de los lúmenes del C.V.C. y otro por punción de vena periférica.
- Es importante que el primer hemocultivo por arrastre y el hemocultivo periférico se tomen al mismo tiempo.

Técnica no conservadora:

- Se utiliza en los pacientes en los que se retira el catéter sospechoso de infección.
- Se tomarán dos hemocultivos por punción periférica. También es necesario tomar un cultivo Maki, para lo cual es fundamental mantener la esterilidad durante el retiro del catéter, se debe cortar con tijera estéril 5 cms. desde la punta del dispositivo y enviar a laboratorio en frasco estéril.
- En estos casos NO hay que tomar hemocultivo de arrastre.
- Si el paciente está con NPTC, se debe detener la infusión, desconectarla y tomar cultivo del contenido (10cc) en frasco de hemocultivo.

5.7 INSTALACIÓN Y MANEJO DEL CATETER CENTRAL INSERTADO PERIFERICAMENTE (PICC)

5.7.1 INSTALACIÓN

- La instalación del catéter central insertado periféricamente debe ser bajo indicación médica, tiene que estar bien justificada, el médico debe anotar diariamente en la Historia clínica, la indicación de este dispositivo invasivo (Ej. Enfermería PICC). Así mismo, debe contribuir a prevenir las complicaciones e indicar la suspensión, la que debe estar balanceada entre los riesgos y la utilidad que conlleva el uso del invasivo. De todas formas debido a que hay asociación entre la duración del catéter e infección sanguínea relacionada, se debe retirar antes de 21 días (máximo 35 días). (La presencia de edema puede dificultar la localización de venas periféricas, por esto es preferible diferir la colocación del catéter hasta que el edema disminuya).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Indicaciones, si se requiere por más de 6 días con:

- Acceso Venoso limitado.
- Administración de fluidos endovenosos, cuando está contraindicada parcial o totalmente la vía entérica.
- Suplementación Nutricional parcial o total.
- Administrar de algunos medicamentos (si no hay contraindicación).

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- **Servicio Clínico de Pediatría:** el procedimiento será realizado por 2 profesionales de Enfermería y la colaboración de 1 TENS/PSN.
- **Servicio de Neonatología y UCI Neonatológica:** referirse al Manual de procedimientos de enfermería en el servicio de Neonatología y UPC Neonatología.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico Jefe de Servicio.
- Neonatólogos.
- Matrona Supervisora.
- Enfermería Supervisor.

RECURSOS MATERIALES

- 1 paquete de ropa estéril
- gorros y mascarillas
- pares de guantes estériles
- 1 caja de curación
- Clorhexidina al 2%
- 1 conexión para teflón (extensión pediátrica).
- 1 tapón de acceso cerrado
- 1 jeringa de 10 cc, 1 jeringa 3cc.
- 1 ampolla de suero fisiológico. Jabón antiséptico (Clorhexidina al 4% para lavado de manos), jabón glicerina.
- Algodón limpio.
- DuoDERM extra fino (5 cm x 15 cm.), 2 Tegaderm (4cms x 4 cms), Steri-Strip.
- 1 set B-D (catéter de Silastic) N° 1.9 Fr. X 30cms con pinza iris, mariposa, huincha de medir). La elección del catéter debe estar basada en la facilidad de inserción y que presente baja incidencia de complicaciones.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La inserción del catéter central insertado periféricamente debe ser considerada un **procedimiento quirúrgico**.

Ejecutores:

- Verifique la indicación médica.
- Prepare el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Revise la pulsera de identificación y explíquelo el procedimiento al cuidador principal del paciente y a este, según sea su capacidad de entendimiento.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Lávese las manos en forma quirúrgica con jabón antiséptico.
- Colóquese gorro, mascarilla, delantal y guantes estériles (sin talco, enjuagar con agua estéril).

Nota: Lávese las manos antes y después de palpar sitio de inserción, al acceder al catéter, y al realizar una curación.

A.- Sitios de Punción

La elección del sitio depende de la integridad de la piel, presencia de otras vías periféricas e historia de daño de nervios o compromiso vascular. Se deben seleccionar las venas más grandes y superficiales, ojalá de inmediato seleccionar dos sitios de punción (por si fracasa el primer intento).

Se pueden usar las venas periféricas de extremidades superiores en este orden de preferencia. Una vez elegido, se debe medir la distancia desde el sitio de punción a vena cava superior.

Vena Basílica (es más recta) o bien **Mediana Basílica**. Luego intentar en **Vena cefálica**, abducir el brazo en 45°, con la cabeza mirando al sitio de punción (pasa mejor el catéter). Por último, intentar puncionar la vena tributaria de **Basílica posterior**, rotando el brazo externamente.

B.- Preparación del sitio de Punción

Con técnica aséptica, deje preparado el material y la bomba de infusión, proceda a preparar el sitio de punción.

Lave la piel con agua y jabón antiséptico, enjuagar y secar, se cubre con gasa estéril. Se pincela con Clorhexidina al 2%, este debe ser aplicado en forma abundante, desde el centro a la periferia con fricción, se debe dejar actuar por 2 minutos y luego remover con agua estéril o suero fisiológico antes de puncionar. No use alcohol ya que puede degradar los catéteres.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

C.- Instalación

- Un ejecutor mide la distancia a introducir el catéter. El otro conecta jeringa de 3 ml. con suero fisiológico y se comprueba la permeabilidad. Luego carga la jeringa de 10 ml. con suero fisiológico, conecta el tapón de acceso cerrado a la línea extensora y lo llena con suero.
- Se prepara el sitio elegido con paño estéril perforado.
- Se coloca torniquete o el ayudante (con gorro y mascarilla, delantal y guantes estériles) presiona la vena en la zona proximal.
- Usando el introductor PICC se punciona la piel, 3mm. atrás de la vena elegida, se avanza hacia la vena hasta obtener retorno de sangre. Lo óptimo si fracasa la punción, es usar otro introductor para puncionar en otro sitio.
- Sin mover la mariposa, el operador coloca una gasa estéril entre la aguja y la piel, e introduce el catéter, ayudado con la pinza iris, hasta el nivel previamente fijado, se puede ayudar al avance pasando suero fisiológico.
- Nunca se debe retroceder el Catéter con la Mariposa puesta, solo avanzar (Se puede cortar).
- Una vez alcanzada la distancia prefijada, se presiona en la zona inmediatamente anterior a la punta de la mariposa y se retira esta. Ahora con cuidado, se gira la mariposa en 180°, de manera que las aletas queden hacia abajo, se toman ambas y se tracciona hacia fuera para que se parta.
- Se coloca una gasa pequeña, y se presiona el sitio de punción para evitar que sangre, hasta que se detenga sangramiento.

D.- Localización del catéter

La punta del catéter venoso central, debe estar en una vena grande intratorácica, en forma paralela a la pared del vaso, para evitar perforación o lesión del endotelio. La localización de la punta del catéter no es fija, varía con los cambios en la posición de la extremidad o del cuerpo. La posición preferida es en la parte superior de la **Vena Cava Superior**, de tal manera que en la radiografía de tórax, la punta se debe ubicar no más abajo de 1cms de la línea que une los bordes inferiores de los extremos mediales de las clavículas o alrededor de T2 (fuera de la silueta cardíaca).

El objetivo es dejar la punta del catéter central, pero no en la aurícula derecha (taconamiento o derrame pericárdico). La radiografía de control debe ser con el brazo paralelo al tronco para la de ubicación superior, el resto de rayos debe ser con el brazo en igual posición.

La posición del brazo sobre la cabeza mueve el catéter hacia fuera o adentro dependiendo de la vena usada.

E.- Fijación del catéter

- El propósito de fijar el catéter es para prevenir la migración o extracción, que se quiebre accidentalmente por excesiva tracción, evitar flebitis o infección.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

- Se coloca transitoriamente suturas adhesivas para fijar el catéter, aproximadamente a 0.5 - 1cms distal al sitio de inserción, hasta determinar la ubicación adecuada. Se cubre sitio punción con gasa estéril mientras se toma rayos.
 - Se preparan las cosas en el campo estéril antes de fijar: Se corta el DuoDERM a un tamaño de no más de la mitad de la circunferencia de la extremidad elegida. Se preparan las suturas adhesivas (Steri-Strip) y 2 apósitos adhesivos transparentes (Tegaderm).
 - Luego de la verificación por radiografía, si es necesario se cambia la sutura adhesiva. Luego se coloca un apósito de DuoDERM de distal o proximal al sitio de inserción.
 - Se le hace un corte en “V” en el sitio de inserción. Esto sirve como una base, es una barrera de protección entre la piel y el catéter, disminuye la irritación potencial por el catéter, evita que pasen microorganismos de la piel y otorga una base más estable para asegurar el catéter.
 - Se enrolla el sobrante del catéter sobre el DuoDERM, fijándolas con suturas adhesivas.
 - Colocar suturas adhesivas sobre partes frágiles como donde se une catéter a la conexión.
- Cubrir toda el área con una lámina entera de Tegaderm, cuidando de no envolver toda la extremidad. El Tegaderm debe extenderse más allá del sitio de inserción y sobre las fijaciones con Steri-Strip. de tal manera que todo el catéter expuesto y la conexión debe quedar entre DuoDERM y Tegaderm.
 - Si persiste el sangrado del sitio de punción, previo a colocar el Tegaderm, se debe comprimir la parte proximal de la vena, que queda fuera del Tegaderm, colocar este y posteriormente mantener por 24 horas una gasita fijada con tela sobre el Tegaderm presionando la zona de punción para evitar que sangre.
 - Colocar la extensión de vía en forma paralela a la extremidad y encima de esto, fijarla con Steri- Strip y cubrir con otro apósito adhesivo transparente (Tegaderm).
 - De ser necesario, agregar una extensión con terminales para inyección de medicamentos. Este set se cambia diariamente si hay nutrición parenteral y lípidos.

5.7.2. MANEJO DEL CATETER CENTRAL CON ACCESO PERIFERICO:

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

1. Siempre se deja con líquidos corriendo continuamente. La infusión mínima para un catéter de 1 Fr es de 1 ml/h., para uno de 2 Fr es de 1.5 - 2 ml/h.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

2. Los puertos de conexión de los catéteres son una de las partes de mayor entrada de microorganismos que producen infecciones relacionadas al catéter. La parte externa del puerto de conexión del catéter se desinfecta alcohol al 70%, de debe esperar un tiempo mínimo de 10 segundos de acción del desinfectante antes de acceder a la conexión. Esto maximiza la actividad antimicrobiana y previene que el desinfectante entre a la conexión. Se deben usar guantes estériles para este procedimiento.
Para evitar embolias aéreas al desconectar el catéter central, el paciente debe estar en posición Trendelenburg.
3. La bajada de suero, se cambia cada 24 horas si se infunde nutrición parenteral (NP) y lípidos.
4. Una buena medida para bajar la bacteremia nosocomial es limitar los puertos y conexiones a los PICC. Se puede usar una extensión bifurcada para nutrición parenteral y medicamentos endovenosos. Si no hay uso de medicamentos endovenosos, usar una extensión de un solo puerto.
El set de extensión se cambia cada 24 horas, con todas sus partes para inyección y puertos de accesos.
No usar tapones de goma multipuncionados o reesterilizados.
Se debe usar bomba de infusión. Una vez que la solución a infundir se ha preparado, no se deben adicionar otros componentes.
5. En pacientes adultos, el catéter se puede utilizar para medir PVC, administrar sangre o sus derivados y extraer muestra de sangre para exámenes.
6. Si el catéter esta ocluido, no intente permeabilizarlo, coloque una tapa roja en el extremo distal de la rama, sin alargador estéril, protéjalo con una gasa o apósito estéril + tela adhesiva y rotule: “Rama ocluida”.
7. Mantener sitio de punción del catéter intravascular con sello oclusivo limpio y seco.
8. Se debe monitorear el catéter cada 12 horas, para detectar inflamación, infiltración, o extravasación de líquido y registrarlo en hoja de enfermería. Se debe limitar el número de días a **21**, para su retiro.

Precauciones:

- Nunca se debe introducir líquido a presión cuando está tapado.
- El uso de jeringas de 1 cc. se debe evitar pues generan mucha presión.
- Nunca se debe clampearse el catéter.

Retirar el catéter:

- Si el paciente presenta signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema, o cordón venoso palpable) si hay infección, si funciona mal, si ya no es necesario.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Uso de técnica aséptica para la inserción, cambio de la NPT.
- Vigilancia del sitio de punción.
- Vigilancia de la vía con evolución en la hoja de enfermería de los hallazgos.
- Mantención del circuito cerrado.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

5.8 CAMBIO BOLSA DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL CENTRAL (N.P.T.C.)

OBJETIVO

- Efectuar cambio de bolsa N.P.T.C., con técnica estéril.
- Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de dispositivos intravasculares.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (colaborador).

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia (5to año).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Caja de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Alcohol 70%
- Gasas estériles.
- Bolsa con solución de N.P.T.C.
- Tela adhesiva.
- Bomba de infusión.
- Bolsa plástica.
- Tapón antirreflujo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos, con jabón antiséptico.
- Verifique que la indicación médica, concuerde con los datos del rotulo de bolsa de NPTC. (nombre paciente, volumen total, componentes, fecha de vencimiento, indemnidad de bolsa, características del contenido).
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Calcule goteo horario (para 25 hrs), para administración continua y regístrelo en hoja de N.P.T.C.
- Cuelgue bolsa de N.P.T.C., en soporte de suero.
- Conecte cassette a la bomba de infusión (cambiar carrete).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Cierre rama para N.P.T.C.
- Abra caja de procedimiento, y deposite en ella insumos a usar: gasas estériles, alcohol 70%.
- Colóquese guantes estériles y arme campo estéril.
- Solicite al colaborador, que sostenga rama del C.V.C. a utilizar, pincele con alcohol al 70% tapón de acceso y desconecte N.P.T.C., terminada.
- El colaborador, debe conectar N.P.T.C. nueva, a la rama medial del C.V.C., para colocarla sobre el campo estéril.
- Abra rama de C.V.C., e inicie infusión.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Retire y ordene el equipo.
- Elimine desechos en bolsa plástica.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería y efectúe control de la N.P.T.C., durante el turno.

CONSIDERACIONES

- Si la N.P.T.C., se administra a través de un catéter de lumen único, éste debe usarse sólo para este propósito. (Rotular).
- En el caso de CVC de 3 lúmenes, la rama medial es de uso exclusivo para la N.P.T.C. (el cual debe estar rotulado).
- El flujo de la N.P.T.C., debe ser continuo y mantenido durante las 24 hrs.
- Si es necesario suspender provisoriamente la nutrición parenteral, reemplace la solución por suero glucosado al 10%, u otra solución que indique el médico.
- La N.P.T.C., se prepara en farmacia externa, bajo cámara de flujo laminar.
- La instalación de la N.P.T.C. al paciente, debe ser antes de los 30 minutos, desde la hora de recepción de la N.P.T.C. al servicio clínico.
- El procedimiento debe ser efectuado con 2 operadores.
- La NPTC una vez desconectada no se puede volver a utilizar .Debe ser eliminada.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.
- Realice curación sitio de inserción del catéter, junto con el cambio de la N.P.T.C., si corresponde.
- A su llegada de farmacia, dejar en estación de enfermería, en área limpia dentro de contenedor de transporte, en espera de su instalación.
- Confeccione hoja de vigilancia de N.P.T.C., para seguimiento y control I.A.A.S.
- Proteger la N.P.T.C. de la luz solar.
- Infundir la N.P.T.C., que contenga lípidos, dentro de las primeras 24 hrs. de conectada.
- Reemplazar los sets de administración y matraces de lípidos cada 24 hrs.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- No administrar mezclas que presenten turbidez, envases perforados o que contengan partículas en suspensión.
- No usar soluciones después de la fecha de expiración.
- Frente a sospecha de infección del torrente sanguíneo, si el paciente está con NPTC, se debe detener la infusión, desconectarla y tomar cultivo del contenido (10cc) en frasco de hemocultivo.

5.9 PUNCIÓN DEL CATÉTER VENOSO, RESERVORIO SUBCUTÁNEO (RSC)

OBJETIVO

- Administrar medicamentos y/o soluciones, a través de un reservorio subcutáneo

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Caja Curación Mayor y/o Caja de hemocultivos.
- Gasas estériles planas.
- Apósito transparente.
- Guantes estériles.
- Material de fijación (tela adhesiva), fixomull, tela de papel, apósito transparente.
- Aguja con alas para reservorio 20G (Ejemplos: Cytocan®, Gripper® o Surecan®)
- Bajada bomba de infusión.
- Ampolla de suero fisiológico.
- Jeringa de 20 cc o 10 cc.
- Tómulas de aseo.
- Solución jabonosa normada por U.C.I.A.A.S.
- Clorhexidina antiséptico al 2%.
- Tómulas inyectables.
- Plumón marcador.
- Tela adhesiva.
- Bolsas plásticas.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Procedimiento con técnica aséptica.
- Realizado por Enfermera capacitada en el manejo de CVC con reservorio.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento.
- Preparar bandeja con material.
- Lavado de manos, según norma.
 - Acomodar al paciente en posición semi sentado con los hombros apoyados.
 - Preparar el área a puncionar realizando un aseo con jabón de Clorhexidina al 4%.
 - Enjuagar con torulas con agua potable.
 - Lavado de manos con jabón de Clorhexidina 4%.
 - Abrir la caja de curación e indicar al colaborador que coloque en ella: aguja (Cytocan® o Gripper®), gasas, antiséptico y jeringa.
 - Colocarse guantes estériles.
 - Con ayuda del colaborador, cargar jeringa con suero fisiológico, 10 ó 20 cc
 - Solicitar al paciente, que gire la cabeza al lado contrario del que está trabajando, pincele zona de implantación con antiséptico, desde el centro hacia fuera, de una sola vez, con movimiento circular cubrir zona, con campo estéril y exponer área de punción
 - Conectar aguja (Cytocan® o Gripper®) a la jeringa cargada, cebar el sistema con suero fisiológico.
 - Ubicar el centro del reservorio, utilizando dedos índice y pulgar, a modo de pinza puncionar en forma perpendicular, en ángulo de 90°, el centro de la membrana, empujando con fuerza hasta tocar el fondo del reservorio.
 - Chequear que refluya sangre, e introducir 10 ml de suero fisiológico, inmediatamente, para asegurar permeabilidad.
 - Cerrar el sistema, con prensa.
 - Ofrecer conector de cytocan al colaborador, para conexión a equipo de infusión.
 - Programar la bomba de infusión continua, según indicación médica.
 - Retirar paños de campo.
 - Colocar gasa entre la piel y soporte de la aguja, luego cubra con un par de gasas.
 - Fijar la conexión de la aguja, a la piel del paciente con apósito transparente o fixomull amplio o tela de papel.
 - Retiro de los guantes y desechar.
 - Registrar fecha de curación, en parche.
 - Dejar cómodo al paciente.
 - Ordenar el equipo.
 - Eliminar desechos en bolsa plástica.
 - Eliminar material corto punzante según norma.
 - Lavado las manos.
 - Registrar el procedimiento en Hoja de Enfermería.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Registre fecha de curación, en el material de fijación (apósito transparente) y en la Hoja de atención diaria de enfermería.
- Registre el número de días de permanencia de la aguja de punción, en la Hoja de atención diaria de enfermería (curva).
- Al utilizar bajada de doble canal, conecte en salida del secundario, tapón clave.

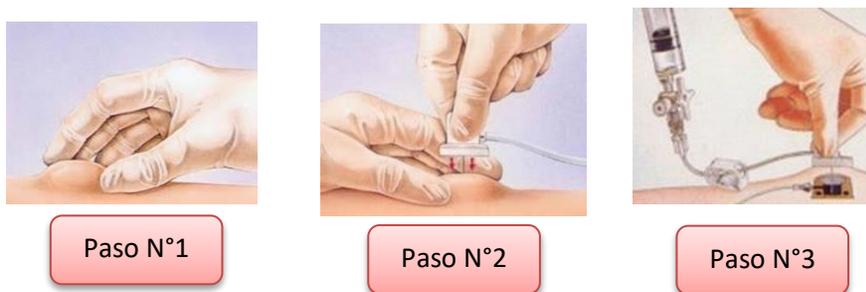


Figura N°6: Técnica de punción de la aguja a la membrana del reservorio subcutáneo.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar Aplique técnica estéril
- Efectúe cambio de Cytocan y línea alargadora cada 7 días.
- Efectúe cambios de conexiones y llave de 3 pasos de acuerdo a los siguientes criterios:
 - Cada 24 horas en infusiones de aminoácidos o soluciones hipertónicas.
 - Cada 24 horas en pacientes neutropénicos severos.
 - Cada 96 horas: Sueros de hidratación.
- Efectúe curación cuando el parche esté suelto, húmedo o sucio.
- Confeccione hoja de vigilancia de pacientes por indicadores establecidos, llene con una "I" (de inicio del riesgo).
- Elimine material corto punzante, según norma.

5.10 DESCONEXIÓN DEL CATÉTER, CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO

OBJETIVO

- Mantener la permeabilidad del reservorio subcutáneo

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería
- TENS (colaborador)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Suero fisiológico, en ampollas
- Caja de procedimiento o Hemocultivo o caja de curación con paño estéril.
- Jeringa de 20 cc
- Guantes y gasas estériles
- Apósito transparente o fixomull o tela de papel.
- Antiséptico, normado por U.C.I.A.A.S.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento.
- Lavado las manos, según norma.
- Reunir el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Descubrir el sitio de punción, cuidadosamente, evitando desplazar la aguja.
- Abrir la caja de procedimiento y pedir al colaborador, que coloque en ella: jeringas, gasas, antiséptico y agujas.
- Lavado de manos.
- Colocarse guantes estériles.
- Pincelar el sitio inserción con antiséptico Clorhexidina al 2%.
- Colocar paño perforado.
- Con ayuda del colaborador, cargar jeringa con suero fisiológico, y dejarla en caja de Curación.
- Pedir al colaborador, que sostenga y eleve unos centímetros la conexión.
- Proceda a desinfectar conexión de ésta, con línea alargadora.
- Apoyar sitio de unión, en paño de campo, sobre el tórax del paciente.
- Desconectar línea alargadora, de la aguja.
- Acoplar la jeringa, a la extensión de la aguja y dejar sobre el campo estéril.
- Solicite al colaborador administrar 20 cc de suero fisiológico, para permeabilizar el reservorio, manteniendo una presión uniforme (efecto de torbellino). Cuando resten 5 cc de suero fisiológico, pedir al paciente que inspire profundo, elevando el tórax, y retirar la aguja.
- El retiro la aguja debe hacerse con movimiento firme, pero presionando a modo de pinza, sobre la piel con mano contraria, para evitar dolor del paciente.
- Presione sitio punción con gasa estéril (efecto hemostasia).
- Efectuar curación plana con antiséptico Clorhexidina 2% y selle.
- Retirar los guantes y desechar.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Dejar cómodo al paciente y ordenar el equipo.
- Eliminar material corto punzante según norma.
- Registrar el procedimiento en Hoja de Enfermería.

CONSIDERACIONES

- Indique al paciente, retirar parche transparente a las 48 hrs, de efectuado el procedimiento.
- Si es de instalación reciente, cite a curación.

Pacientes pediátricos:

- En este procedimiento, el Profesional de Enfermería permeabiliza el reservorio con solución heparinizada (0.2cc de Heparina + 9,8 cc de suero fisiológico).

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar
- Aplique técnica aséptica
- Elimine material corto punzante, según norma
- Confeccione hoja de vigilancia de pacientes por indicadores establecidos, llene con una “T” (de término del riesgo).
- Para profundizar los contenidos relacionados con el manejo del Reservorio subcutáneo, consultar en el Manual de procedimientos asociados a la atención de pacientes en tratamiento antineoplásico.

5.11 INSTALACIÓN LÍNEA ARTERIAL

OBJETIVOS

- Monitorear la presión arterial del paciente de manera continua.
- Tomar muestra de sangre arterial, para exámenes de laboratorio.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería (procedimiento delegado por Médico)
- TENS (Colaborador)

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con lo siguiente:

- Gorro, mascarilla desechable y pechera desechable.
- Caja de procedimiento o Hemocultivo o caja de curación con paño estéril.
- Guantes y gasas estériles.
- Catéter arteria radial ó bránula N°20 ó arteriofix.
- Matraz de suero fisiológico (500 cc).
- Acelerador de goteo
- Módulo de presión cable para transductor, porta transductor
- Un transductor desechable
- Antiséptico, normado por U.C.I.A.A.S. (Clorhexidina tópica al 2%)
- Material de fijación (tela adhesiva, fixomull o apósito transparente)
- Tómulas de aseo, con solución jabonosa (Jabón Clorhexidina 4%)
- Apósitos de aseo.
- Bolsas plásticas

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Lávese las manos, según norma.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Colóquese pechera, gorro y mascarilla.
- Prepare el transductor de presión, de acuerdo a la norma establecida, y conéctelo al monitor.
- Seleccione la arteria a puncionar, realizando previamente la prueba de Allen.
- Lave la zona, con jabón antiséptico normado.
- El Colaborador procede a abrir la caja de procedimiento y deposite en ella, material estéril a utilizar.
- Colóquese guantes estériles
- Pincelar zona a puncionar con el antiséptico tópico, déjelo actuar según norma.
- Coloque paño perforado estéril.
- Con los dedos índices y medio, palpe la arteria, puncione.
- Canular la arteria con el catéter y conecte el transductor de presión.
- Selle sitio de inserción.
- Fije el sistema, con tela adhesiva.
- Calibre el equipo, según el punto 0.
- Retírese los guantes.
- Deje cómodo al paciente y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Rotule el transductor y el matraz de suero, con la fecha de instalación.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de Enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Seleccione la arteria a puncionar, siguiendo la siguiente secuencia: radial, humeral.
- En nuestra institución, la línea arterial femoral debe ser instalada únicamente por el Médico.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar Aplique técnica aséptica.
- Cambio de transductor de presión, cada 5 días.
- Cambio del matraz de suero, según norma del servicio o cada 5 días.
- Vigilancia diaria del sitio de inserción y trayecto.
- Registre número de días del catéter arterial, en Hoja de Enfermería.

5.12 RETIRO DE CATETER PERIDURAL

OBJETIVOS

- Dar cumplimiento a indicación médica.
- Prevenir infecciones asociadas a la atención en salud.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Jefe de Anestesia.
- Médico Anestesiólogo, que realiza el procedimiento.
- Médico tratante.
- Enfermera Supervisora de Anestesia.
- Enfermera y/o Matrona Supervisora del servicio en el cual se encuentra el paciente hospitalizado.

MATERIALES

- Caja de curación.
- Gasas estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Antiséptico tópico (Clorhexidina al 2%)
- Tela adhesiva (fixomull o micropore).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación médica de retiro de catéter peridural en la hoja diaria de atención de enfermería.
- Realice higiene de manos.
- Prepare el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Ubique al paciente en posición decúbito lateral (si el paciente está en condiciones de colaborar, ayúdelo a lateralizarse, de lo contrario, el procedimiento debe ser realizado con la ayuda de un colaborador que mantenga al paciente de cubito lateral, mientras usted realiza el procedimiento).
- Abra la caja de curación y deposite los insumos a utilizar.
- Retire con cuidado la tela adhesiva desde el extremo distal hacia proximal del paciente.
- Desprender cuidadosamente el parche adhesivo y la gasa del sitio de inserción del catéter, hasta que el sitio de inserción del catéter esté totalmente visible.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Realice lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Desinfecte con Clorhexidina al 2% alrededor del sitio de inserción del catéter.
- Con la ayuda de las pinzas estériles o con sus guantes estériles proceda a retirar lentamente el catéter.
- Cerciórese haber retirado completamente el catéter peridural (visualice la punta del catéter).
- Comprima con gasa estéril, verifique que no haya sangrado, fije gasa con fixomull o tela micropore.
- Mantenga el sello por 24 hrs.
- Acomode al paciente.
- Retire y elimine material utilizado.
- Retírese guantes estériles.
- Realice lavado de manos
- Registre procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Si al retirar el catéter siente resistencia no fuerce el retiro, y de aviso al Anestesiólogo de turno para que evalúe el catéter.
- Si detecta el catéter obstruido, después de haber descartado acodadura del circuito, debe dar aviso inmediato al servicio de Anestesia, llico: 3388 o Anestesiólogo de Guardia.
- Las infusiones y filtro deben cambiarse cada 48 horas, si la indicación persiste. Este procedimiento debe ser realizado exclusivamente por el personal de Anestesia.
- El retiro del catéter, es indicación médica. Si este procedimiento fue indicado por el médico tratante, igualmente, se debe corroborar la indicación con el Anestesiólogo de Guardia.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- El procedimiento propiamente tal, es de responsabilidad médica, el cual ha sido delegado al Profesional de Enfermería o Matrona.
- Posterior al retiro del catéter verifique regularmente la condición del sello, si está humedecido o desprendido, realice curación plana con técnica estéril.
- La vigilancia de las infusiones, deberá ser realizado por profesional de enfermería o matrona.
- Si el paciente tiene de tratamiento Heparina de bajo peso molecular (HBPM) y tiene indicado el retiro del catéter peridural, se debe suspender la HBPM 12 horas previo al retiro del catéter. La HBPM puede ser administrada al paciente 2 horas post retiro del catéter (excepto a pacientes de UCI, en donde se maneja un protocolo diferente).
- No debe aparecer sangre en el lumen del catéter, de ser así, debe avisar al Anestesiólogo de Guardia,.
- Ante la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la infusión peridural, dé aviso inmediato el servicio de Anestesia, llico: 3388 o a Anestesiólogo de guardia.

5.13 RETIRO DE PLEXO NERVIOSO

OBJETIVOS

- Dar cumplimiento a indicación médica.
- Prevenir infecciones asociadas a la atención en salud.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Jefe de Anestesia.
- Médico Anestesiólogo, que realiza el procedimiento.
- Médico tratante.
- Enfermera Supervisora de Anestesia.
- Enfermera y/o Matrona Supervisora del servicio en el cual se encuentra el paciente hospitalizado.

MATERIALES

- Caja de curación.
- Gasas estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Antiséptico tópico (Clorhexidina al 2%)
- Tela adhesiva (fixomull o micropore).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación médica de retiro del plexo nervioso en la hoja diaria de atención de enfermería.
- Realice higiene de manos.
- Prepare el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Ubique al paciente en la posición más adecuada para favorecer el adecuado retiro del plexo, dependiendo de la ubicación de este.
- Abra la caja de curación y deposite los insumos a utilizar.
- Retire con cuidado la tela adhesiva desde el extremo distal hacia proximal del paciente.
- Desprender cuidadosamente el parche adhesivo y la gasa del sitio de inserción del catéter, hasta que el sitio de inserción del catéter esté totalmente visible.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Realice lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Desinfecte con Clorhexidina al 2% alrededor del sitio de inserción del plexo.
- Con la ayuda de las pinzas estériles o con sus guantes estériles proceda a retirar lentamente el catéter.
- Cerciórese haber retirado completamente el catéter o plexo (visualice la punta del catéter).
- Comprima con gasa estéril, verifique que no haya sangrado, fije gasa con fixomull o tela micropore.
- Mantenga el sello por 24 hrs.
- Acomode al paciente.
- Retire y elimine material utilizado.
- Retírese guantes estériles.
- Realice lavado de manos
- Registre procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Si al retirar el catéter siente resistencia no fuerce el retiro, y dé aviso al Anestesiólogo de turno para que evalúe el catéter.
- Si detecta el catéter obstruido, después de haber descartado acodadura del circuito, debe dar aviso inmediato al servicio de Anestesia, llico: 3388 o Anestesiólogo de Guardia.
- Las infusiones y filtro deben cambiarse cada 48 horas, si la indicación persiste. Este procedimiento debe ser realizado exclusivamente por el personal de Anestesia.
- El retiro del catéter o plexo, es indicación médica. Si este procedimiento fue indicado por el médico tratante, igualmente, se debe corroborar la indicación con el Anestesiólogo de Guardia.
- El procedimiento propiamente tal, es de responsabilidad médica, el cual ha sido delegado al Profesional de Enfermería o Matrona.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Total de páginas: 289

- Posterior al retiro del catéter verifique regularmente la condición del sello, si está humedecido o desprendido, realice curación plana con técnica estéril.
- La vigilancia de las infusiones, deberá ser realizado por profesional de enfermería o matrona.
- Ante la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el plexo nervioso, dé aviso inmediato el servicio de Anestesia, llico: 3388 o a Anestesiólogo de guardia.
- Cumplir con normativa de prevención y control de IAAS.

6. TOMA DE MUESTRAS DE EXÁMENES

6.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS GENERALES

Coordinación con Laboratorio Central

Ante dudas sobre normativa, condiciones de exámenes y temas administrativos relacionados a la toma de muestra, consultar Manual de Toma de Muestras de Laboratorio, versión actualizada, donde se contiene información completa para la realización correcta del proceso de toma de muestra a un paciente.

6.2. NORMATIVA UCIAAS

Todo el personal de salud que realiza atención clínica o tiene contacto con fluidos del paciente y su entorno es responsable de la correcta ejecución de las medidas. Consultar: “Guía de salud del personal de desempeño en área clínica”, versión actualizada)

Responsabilidades de la Dotación (independiente del contrato):

- CONOCER y CUMPLIR con las normas de prevención y control de infecciones, especialmente las Precauciones Estándar.
- Conocer los procedimientos a realizar en caso de un accidente laboral (Accidente cortopunzantes con fluido de riesgo).
- Asistir a los controles y seguimiento recomendados.
- Informar de situaciones de enfermedades infecciosas establecidas que deben ser notificadas oportunamente por el riesgo de transmisión a terceros.
- Asistir a actividades de capacitación en prevención y control de infecciones y salud del personal.

6.3. INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXÁMENES DE SANGRE

- Las indicaciones generales y específicas por examen, deben ser consultados en Manual de Tomas de Muestra de Laboratorio, tanto de muestras procesadas en el intra como extrasistema.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

6.4. TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA

DEFINICIÓN

- Es la obtención de una muestra de sangre, mediante una punción venosa periférica o central para realizar el posterior análisis en el laboratorio clínico.

OBJETIVOS

- Ayudar al diagnóstico médico.
- Indicar tratamiento específico.
- Controlar la evolución de una enfermedad.
- Investigación clínica.
- Evaluar el efecto al tratamiento y ajustar dosis terapéutica.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS.
- Alumnos de Enfermería y Obstetricia bajo supervisión de Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera o Matrona Supervisora.
- Enfermera o Matrona Clínica.

RECURSOS MATERIALES

- Riñón.
- Jeringa desechable 5-10-20 cc según la cantidad de sangre requerida.
- 1 aguja N° 21 de repuesto.
- Mariposas 21G o 23 G o.
- **Sistema Vacutainer:** camisa y mariposa al vacío 21G o 23G (si usted va a utilizar este sistema, no es necesario disponer de jeringa desechable y aguja N°21 o mariposa 21G -23G).
- Tómulas de algodón para inyectable.
- Dispositivo para desechos.
- Alcohol al 70%.
- Guantes de procedimientos.
- Ligadura.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Tela adhesiva.
- Almohadilla.
- Tubos de exámenes rotulados con nombre y dos apellidos del paciente, o etiqueta SIL.
- Órdenes médicas de exámenes.
- Receptáculo material CPZ.
- Pinza para manipulación CPZ.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique orden médica.
- Seleccione los tubos correspondientes, rotule tubos con nombre y dos apellidos del paciente, si la orden fue emitida en sistema SIL, pegue código de barras.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente con brazalete correspondiente, pregúntele su nombre.
- Lávese las manos y prepare el equipo.
- Explíquelo el procedimiento a realizar.
- Acomode al paciente con la zona a puncionar sobre la almohadilla.
- Revise la piel y las venas del paciente.
- Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
- Si es necesario, lave la zona con agua y jabón.
- Al seleccionar el sitio de punción prefiera las venas del pliegue del codo por tener mejor calibre lo que permite un mejor acceso. Coloque la ligadura cuatro traveses de dedo por sobre la zona para facilitar esta elección, tenga la precaución de soltarla, una vez elegida la vena.
- Desinfecte la piel con tórula de algodón embebida en alcohol al 70% (espere 10 segundos para activar el efecto de acción antiséptico).
- Ligue el brazo.
- Colóquese los guantes de procedimiento.
- Solicítele, al paciente que empuñe suavemente su mano.

Si la toma del examen es con mariposa - jeringa o aguja - jeringa:

- Puncione la vena con el bisel de la aguja hacia arriba, traccionando la piel del paciente, aspire la cantidad de sangre necesaria con la jeringa.

Si la toma del examen de sangre es con Sistema Vacutainer:

- Atornillar suavemente la mariposa por su otro extremo a la camisa.
- Retirar el plástico de protección de la aguja, puncionar la vena con el bisel de la aguja hacia arriba y observar que refluya sangre en la mariposa.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Desligue, solicítele al paciente que abra suavemente su mano, retire la aguja o la mariposa del Sistema Vacutainer (por sus alas) y presione con una tórula seca el punto de extracción por un minuto y llene los tubos para exámenes con la cantidad necesaria, respetando el siguiente orden de llenado: celeste, rojo con gel, rojo seco, verde, lila y gris.
- Invertir los tubos suavemente entre 4 a 8 veces.
- Deje una tórula seca en el sitio de punción con un pequeño trozo de tela, o bien coloque un parche curita.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre en hoja de enfermería.
- Envíe muestras a laboratorio junto con la orden médica.

CONSIDERACIONES

- Enviar las muestras de exámenes al laboratorio dentro de bolsas plásticas por tubo contenedor o por mano, en caja con cumplimiento de características para traslado de muestra.
- Elimine jeringas con restos de sangre según disposición REAS.
- Elimine agujas en caja o dispositivo para material cortopunzante.
- Si usted utilizó Sistema Vacutainer, encapsule la aguja con sistema de bioseguridad, luego elimínelo en la caja o dispositivo para material cortopunzante.
- No tome gases venosos con Sistema Vacutainer (el hospital no dispone de jeringa de gases arteriales o venosos que sea adaptable a este sistema).
- El Sistema Vacutainer tiene 3 tipos de camisas:
 - **Camisa con función de descarte de aguja:** disponible en varios colores.
 - **Camisa color amarillo:** reutilizable.
 - **Camisa color blanco:** debe ser utilizada en paciente con aislamiento de contacto, uso exclusivo para cada paciente. Utilizar las veces que sea necesario o hasta que la camisa esté deteriorada o con manchas de sangre.

6.5. TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL

OBJETIVO

Obtener muestra de sangre arterial, para exámenes con fines diagnósticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Medico
- Enfermera o Matrona Supervisora.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería o Matrona.
- Tecnóloga Médica en Neumología

COLABORADOR

- TENS

RECURSOS MATERIALES

- Riñón
- Jeringa de gases arteriales, rotulada con nombre y apellidos del paciente
- Si no cuenta con jeringa especial para toma de gases arteriales, consultar a laboratorio central, en que tubo o dispositivo y bajo qué condiciones debe tomar la muestra.
- Tómulas de algodón
- Guantes de procedimiento
- Alcohol al 70%
- Material de fijación
- Agujas 21 G o 23 G
- Si debe tomar más exámenes, Mariposa 23 o 21 y Jeringa de 10 cc.
- Gasas estériles.
- Tapa para jeringa, en caso de no tener jeringa de gases. (tapón Combi rojo)
- Bolsas para exámenes
- Almohadilla
- Unidad refrigerante
- Antiséptico normado por UCIAAS.
- Dispositivo para desecho
- Receptáculo para material CPZ
- Pinza para manipulación CPZ

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique orden médica.
- Rotule la jeringa de gases con nombre y dos apellidos del paciente, si la orden fue emitida en sistema SIL, pegue código de barras.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique la identificación del paciente con brazaletes correspondiente, nombrándole por su nombre.
- Lávese las manos y prepare el equipo.
- Explíquelo el procedimiento a realizar
- Ubique la arteria radial y realice Test de Allen, asegúrese que sea positivo para continuar con el procedimiento.
- Acomode al paciente con la extremidad a puncionar:
 - Arteria Radial: Estabilizar la muñeca arriba de una almohadilla, la muñeca debe estar en flexión dorsal en un ángulo aproximado de 30°.
 - Arteria Humeral: Colocar una almohadilla bajo el codo del paciente; el codo debe estar en hiperextensión, y se debe girar la muñeca hacia afuera.
 - Arteria Femoral: se debe girar la pierna levemente hacia afuera y ubicar un lugar cerca del pliegue inguinal, aproximadamente dos cm. Por debajo del ligamento inguinal. (se prefiere en casos de extrema urgencia, no usar de rutina).
- No requiere ligar la extremidad.
- Palpe el pulso y seleccione el sitio de punción.
- Observe integridad de la piel.
- Una vez elegido el sitio de punción, el colaborador debe sujetar la mano del paciente hiperextendido la muñeca, previa higienización de manos y uso de guantes de procedimiento.
- Considere aseo de la piel en caso de ser necesario
- Aplique con gasa alcohol al 70% en la piel en una amplia zona, en una sola dirección de proximal a distal.
- Palpe y fije la arteria a puncionar en un solo punto del recorrido con dedos índice y medio y puncione la arteria por debajo.
- **Técnica con aguja- jeringa:** tome la jeringa como un lápiz con su mano dominante o de la forma en que le acomode más para realizar la técnica de forma segura.
- Inserte la aguja en la piel con el bisel hacia arriba en ángulo de 45° a 90°, dependiendo del sitio de punción. Este puede variar de acuerdo a la contextura del paciente y a la ubicación de la arteria (superficial o profunda).
 - **Ángulos de punción:**
 - Arteria radial y humeral ángulos de 45° a 60°.
 - Arteria femoral ángulo de 90°.
- Observe el color rojo brillante y que la salida de sangre sea con flujo pulsátil.
- Obtenida la cantidad de sangre requerida, retire la jeringa o mariposa, coloque gasa estéril e indique al colaborador que presione firmemente el sitio puncionado, entre 5 a 10 minutos, mientras Ud. prepara la muestra para enviarla a laboratorio.
- Retire la aguja con pinza Kelly, luego elimínelo en la caja o dispositivo para material cortopunzante.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si toma solo gases arteriales, elimine todo el aire que contenga la jeringa, se evidencia a través de burbujas, con la precaución de tapar con una tórula de algodón seco el extremo, para evitar el contacto con el aire y el intercambio de gases, lo que altera el resultado de la muestra. Preocúpese de no salpicar.
- Ocluya la jeringa de gases arteriales con tapón de fábrica; si es una jeringa preparada, ocluya con tapón Combi rojo.
- Invierta la jeringa al menos al menos unas 5 veces para homogeneizar la muestra con heparina, y así evitar que la muestra se coagule.
- Rotule la jeringa con adhesivo SIL o bien con nombre del paciente, dos apellidos, servicio de origen y FiO².
- Coloque la muestra dentro de bolsa plástica sobre la unidad refrigerante y traslade de inmediato a laboratorio.
- Si envía inmediatamente tras la toma de muestra, puede usar el sistema neumático o por mano, en caja con cumplimiento de características para traslado de muestra sin necesidad de transportar en hielo, avisando a laboratorio el envío de este tipo de muestra.
- Proteja el sitio de punción con una gasa seca y fije con tela compresiva.
- Retírese los guantes
- Acomode al paciente
- Deseche material, ordene el equipo
- Lávese las manos
- Envíe muestras a laboratorio junto con la orden médica.
- Registre en la hoja de enfermería, fecha, hora, arteria puncionada, condiciones de la muestra, incidentes del procedimiento si ocurriesen.

CONSIDERACIONES

- En paciente con tratamiento anticoagulante presione mínimo el sitio de punción por 10 minutos.
- Evalúe siempre circulación distal de la extremidad puncionada en búsqueda de complicaciones asociadas al procedimiento.
- Elimine jeringas con restos de sangre según disposición REAS.
- No tome gases arteriales con Sistema Vacutainer (el hospital no dispone de jeringa de gases arteriales o venosos que sea adaptable a este sistema).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

6.6. TOMA DE MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO

OBJETIVO

Extracción de sangre con técnica aséptica, para determinar la presencia de algún agente a través del cultivo de ésta.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería o Matrona.
- Alumnos de Enfermería y Obstetricia bajo supervisión de Profesional.

COLABORADOR

- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera o Matrona Supervisora.

RECURSOS MATERIALES

- Tómulas de algodón
- Jabón antiséptico normado por UCIAAS
- Antiséptico normado por UCIAAS
- Alcohol al 70%
- Caja de hemocultivo.
- Jeringa de 20 cc.
- Ligadura
- Bolsas para exámenes
- Mascarilla desechable
- Gorra desechable
- Tela adhesiva
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Frasco para hemocultivo (Aerobio, anaerobio , pediátrico)
- Termómetro
- Caja de MCPZ
- Pinza Kelly
- Receptáculo para desechos

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique orden médica.
- Seleccione los frascos de hemocultivo correspondientes a la solicitud médica, rotule con nombre y dos apellidos del paciente, si la orden fue emitida en sistema SIL, pegue código de barras.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente con brazaletes correspondiente, nombrándole por su nombre.
- Lávese las manos y prepare el equipo.
- Explíquelo el procedimiento a realizar.
- Controle temperatura del paciente.
- Acomode al paciente con la zona a puncionar sobre la almohadilla.
- Revise la piel y las venas del paciente.
- Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
- Al seleccionar el sitio de punción prefiera las venas del pliegue del codo por tener mejor calibre lo que permite un mejor acceso. Coloque la ligadura cuatro traveses de dedo por sobre la zona para facilitar esta elección, tenga la precaución de soltarla, una vez elegida la vena.
- Coloquese mascarilla y gorra desechable.
- Lave la zona con agua y jabón antiséptico (Clorhexidina al 4%) autorizado por U.C.I.A.A.S.
- Abra caja de hemocultivo y agregue insumos estériles a utilizar.
- Lávese las manos.
- Colóquese guantes estériles.
- Operador arma jeringas en caja de hemocultivo.
- Ayudante vierte clorexhidina al 2% en la copela.
- Operador pincela la zona de punción con el antiséptico y deja secar.
- Ayudante liga al paciente por sobre 10 cm (4 traveses de dedos) del sitio a puncionar, cuidando de no contaminar.
- Operador cubre con paño perforado.
- Punciona la vena elegida y aspira cantidad de sangre necesaria ADULTOS 20 ml, PEDIÁTRICOS 1 a 5 ml.
- Solicite al colaborador que desligue y retire el sello de seguridad del frasco y presione el sitio de punción.
- Pincele el tapón de goma que queda descubierto con alcohol al 70% y puncione el frasco de hemocultivo.
- Acomode al paciente.
- Ordene el equipo y deseche según normativa REAS.
- Lávese las manos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Registre en hoja de enfermería, sitio de punción, cantidad de ml de sangre, incidentes si hubo durante el procedimiento.
- Envíe muestras de exámenes al laboratorio dentro de bolsas plásticas y con orden o etiqueta correspondiente no después de 30 minutos de haber tomado la muestra.

CONSIDERACIONES

- Efectúe control de temperatura axilar antes del procedimiento y registre en la orden médica o en la etiqueta del frasco de hemocultivo.
- Prepare área, considerando más de un sitio de punción por eventuales intentos fallidos.
- Cada toma de hemocultivos se considerará 2 set de HMC en adultos, 1 set que se compone de (botella adulto aerobia + botella adulto anaerobia), llenar primero botella aerobia (10cc de sangre por cada botella). El 2 set (botella adulto aerobia + botella adulto anaerobia), se puede tomar inmediatamente después del primer set. Esta debe ser por punción distinta. Ver Procedimiento de toma de muestra manual de laboratorio.
- En el caso de pacientes pediátricos es sólo un frasco de hemocultivo pediátrico aerobio. Si las condiciones clínicas del paciente lo permiten un segundo frasco de HMC pediátrico anaerobio. Ambos frascos con 1 a 5 cc de sangre.
- Considere técnica conservadora o no conservadora según Guías de Prevención de Infecciones de Torrente Sanguíneo asociado a dispositivo intravascular.
- Si el paciente es alérgico a la clorhexidina y a la povidona, realizar pincelación con alcohol al 70% por dos veces.
- **NO** se realizará cambio de aguja.
- En caso de sospecha de paciente con Endocarditis bacteriana, realizar consulta de toma de muestras en UCIAAS.
- Poner su código de usuario AS400 en el HMC, con la finalidad de realizar seguimiento de la muestra.

6.7. TOMA DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA POR CATETER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

Obtener muestra de sangre a través de un catéter central, para exámenes con fines diagnósticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería

COLABORADOR

- TENS

RECURSOS MATERIALES

- Riñón de procedimientos
- Jeringas de 20cc, (2) 10cc.
- Suero fisiológico 1 ampolla 20cc.
- Guantes de procedimiento
- Alcohol al 70%
- Gasas estériles.
- Bolsas para exámenes
- Tubos de exámenes rotulados
- Caja de MCPZ
- Pinza Kelly
- Receptáculo para desechos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique orden médica.
- Seleccione los frascos de exámenes correspondientes a la solicitud médica, rotule con nombre y dos apellidos del paciente, si la orden fue emitida en sistema SIL, pegue código de barras.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente con brazalete correspondiente, nombrándole por su nombre.
- Lávese las manos y prepare el equipo.
- Explíquelo el procedimiento a realizar
- Visualice la luz distal del catéter, que es la que se utilizará para la toma de muestra.
- Cierre todas las infusiones que estén siendo administradas por esa luz.
- Lávese las manos
- Colóquese guantes
- Cargue jeringa de 10cc con suero fisiológico y déjela cubierta en riñón de procedimiento.
- Desinfecte tapón clave con gasa empapada con alcohol al 70%.
- Conecte jeringa de 10 cc y extraiga entre 5 cc (CVC yugular y subclavio) y 8 cc (CVC femoral) de sangre.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Conecte jeringa de 10 ó 20 cc y extraiga la cantidad de sangre necesaria para la toma de exámenes.
- Conecte jeringa de 10 cc con suero fisiológico y permeabilice rama utilizada.
- Limpie tapón clave con gasa empapada con alcohol al 70%
- Elimine jeringas con restos de sangre según disposición REAS
- Retírese los guantes
- Acomode al paciente
- Ordene equipo
- Lávese las manos
- Registre en hoja de enfermería el procedimiento realizado y los cc de sangre extraídos.
- Envíe muestra a laboratorio

CONSIDERACIONES

- En caso de solicitar Hemocultivos, la muestra se deberá tomar con técnica aséptica, según este Manual de Procedimientos.
- Considere para la muestra de HMC por CVC, las Guías de Prevención de Infecciones de Torrente Sanguíneo asociado a dispositivo intravascular.

6.10 TECNICA DE MAKI: CULTIVO SEMICUANTITATIVO DE PUNTA DE CATETER

OBJETIVO

La contaminación de los dispositivos intravasculares es una causa frecuente y grave de infección hospitalaria. El cultivo de dicho catéter puede ayudar al clínico a determinar si el cuadro que presenta el paciente es debido al catéter y actuar en consecuencia. Este procedimiento se aplicará en aquellos catéteres intravasculares en los que se solicite cultivo semicuantitativo de punta de catéter (Técnica de Maki).

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS (colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico
- Enfermera Supervisora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

- Caja de Hemocultivo.
- Frasco estéril de boca ancha.
- Bisturí / Tijera estéril.
- Clorhexidina 4%.
- Bolsas para exámenes.
- Tela adhesiva.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Caja de MCPZ.
- Receptáculo para desechos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Retira sello de CVC y deja descubierta el área.
- Realiza procedimiento con colaborador.
- Se lava las manos.
- Se instala guantes estériles.
- Pincela con Clorhexidina al 4% sitio de inserción del catéter y puntos de fijación.
- Retira puntos de fijación con tijera o bisturí.
- Le pide al paciente que respire profundo y retenga la respiración o bien que tosa. De manera rápida retira el CVC cuidando de no contaminar la punta.
- Con el bisturí o la tijera estéril, corta los 5 cm. Distales del CVC y los deposita dentro del frasco estéril de boca ancha.
- Tape el frasco inmediatamente, asegurándose que quede bien cerrado. (Colaborador).
- Rotule con nombre, dos apellidos y rut del paciente.
- Deje gasa estéril en sitio de inserción previa pincelación con clorhexidina 4%.
- Fije con tela o fixomull.
- Ordene el equipo y deseche según normativa REAS.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Registre procedimiento, anotando tolerancia del procedimiento por parte del paciente y observaciones del sitio de inserción del CVC.
- Envíe muestra a laboratorio dentro de bolsa plástica.

6.11 TOMA DE HEMOGLUCOTEST

OBJETIVO

- Determinar valor cuantitativo de glicemia en sangre capilar a través de glucómetro.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS
- Alumnos de Enfermería y Obstetricia bajo supervisión de Profesional.
- Alumnos TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería o Matrona Clínica

RECURSOS MATERIALES

- Riñón
- Guantes de procedimiento
- Máquina para medir Glicemia capilar
- Lanceta desechable
- Frasco con cinta de Hemoglucotest compatible con equipo en uso
- Torula de algodón
- Receptáculo para desechos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica
- Realizar higiene de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Encienda el equipo y verifique que el código del frasco de cintas, a utilizar, sea el observado en la pantalla del equipo, de no ser así, instale chip que corresponda.
- Instale cinta en Glucómetro.
- El equipo se encenderá de manera automática.
- Cuando el símbolo de la gota destella, el sistema está operativo.
- La piel del paciente debe estar completamente limpia y seca, de no ser así, de manera previa debe lavar con agua y jabón, secar bien. (el exceso de agua puede diluir la gota de sangre y alterar el resultado).
- Limpie con una tórula seca, la región lateral de la yema del dedo elegido (preferir meñique anular o medio).
- Puncione sitio elegido con lanceta desechable.
- Presionar suavemente la yema del dedo hasta obtener una gota de sangre adecuada.
- Colocar la gota de sangre en la ventana amarilla de la cinta reactiva, rozando el borde delantero.
- Esperar algunos segundos, el resultado aparecerá en la pantalla del glucómetro.
- Retire y elimine cinta desechable.
- Elimine lanceta en CMCPZ.
- Retírese los guantes.
- Ordene equipo y material.
- Lávese las manos.
- Registre valor obtenido en la hoja de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Siempre calibre el equipo antes de utilizarlo
- Revise fecha de vencimiento de las cintas
- Si a la lectura en el visor aparece “LO”, puede ser que el resultado de la glicemia capilar sea más bajo que el límite inferior de lectura del sistema (10 mg/dl)
- Si a la lectura en el visor aparece “HI”, puede ser que el resultado de la glicemia capilar sea más alto que el límite superior de lectura del sistema (500 mg/dl).
- En ambos casos anteriores repetir el procedimiento, puncionando una zona distinta.

6.12 TOMA DE MUESTRA DE ORINA PARA SEDIMENTO Y/O UROCULTIVO

OBJETIVO

- Obtener muestra de orina en forma aséptica, para examen con fines diagnósticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS
- Alumnos de Enfermería y Obstetricia bajo supervisión de Profesional.
- Alumnos TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería o Matrona Clínica

RECURSOS MATERIALES

- Equipo de aseo genital.
- Riñón estéril
- Jeringa de 10 cc.
- Guantes de procedimiento
- Tapón vaginal en caso necesario
- Frasco colector para tomar muestra de orina (sedimento y/o Urocultivo).
- Dispositivo para desecho
- Jarro graduado.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación medica, rotule frasco de orina con nombre y dos apellidos del paciente y servicio de origen. Si la orden fue generada en SIS, pegue etiqueta.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realiza procedimiento de aseo genital según normativa.
- Si el paciente está menstruando, instalar tapón vaginal con guantes de procedimiento.
- Pedirle que orine unos 30 cc y luego que retenga la orina por unos minutos.
- Recibir la orina del segundo chorro en riñón estéril o directamente en el frasco del exámen, deben ser app. unos 60cc.
- Tape el frasco inmediatamente, asegurándose que quede bien cerrado.
- Ordene el equipo y desecho según normativa REAS.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Lávese las manos.
- Registre procedimiento, anotando cantidad de orina obtenida y sus características.
- Envíe muestra a laboratorio rotulada con nombre, dos apellidos y rut del paciente, dentro de bolsa plástica.

CONSIDERACIONES

- Limpie y desinfecte el exterior del frasco en caso de derrame.
- Si la muestra de orina obtenida es escasa y se necesita tomar sedimento y urocultivo en método Uriline, sembrar la orina en el frasco con movimientos rotatorios de tal manera de “bañar” la placa con la orina. Luego vaciar esa orina en el frasco de sedimento y enviar a laboratorio.

6.13 TOMA DE MUESTRA DE ORINA EN PACIENTE CON CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP).

OBJETIVO

- Obtener muestra de orina en forma aséptica en paciente portador de CUP.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matrona Supervisora
- Matrona Clínica

OPERADOR

- Profesional de Enfermería
- Matrona
- Alumnos de pregrado bajo supervisión profesional

MATERIALES

- Bandeja de procedimiento
- Guantes estériles
- Jeringa 20 ml
- Aguja 23 G
- Gasa estéril
- Frasco colector para tomar muestra de orina
- Alcohol al 70%
- Dispositivo para desecho

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación médica, rotule frasco de orina con nombre y dos apellidos del paciente y servicio de origen. Si la orden fue generada en SIS, pegue etiqueta.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realice higiene de manos.
- Pince la sonda lo más proximal posible (máximo 30 minutos antes del procedimiento).
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Abra bandeja de procedimientos y coloque dentro de ellas insumos a utilizar.
- Colóquese guantes estériles.
- Con técnica aséptica previa pincelación con alcohol al 70% y campo estéril, puncione el extremo distal de la sonda en el lumen que se conecta al set de orina. En caso que el circuito tenga habilitado de fábrica un acceso para toma de muestra, utilícelo, manteniendo las mismas precauciones.
- Vacíe la muestra obtenida dentro del frasco del examen solicitado.
- Tape el frasco inmediatamente, asegurándose que quede bien cerrado.
- Acomode al paciente y despince la sonda.
- Ordene el equipo y deseche según normativa REAS.
- Envíe muestra rotulada dentro de una bolsa y con orden médica inmediatamente a laboratorio.

CONSIDERACIONES

- Cumplir con normativa U.C.I.A.A.S.
- Informar en orden del exámen, que muestra fue obtenida a travs de punción de CUP.
- Registre en hoja de Vigilancia exámen tomado y características de la orina.

6.14 TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO

- Obtener muestra de secreción endotraqueal en forma aséptica, con fines diagnósticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería
- Kinesiólogo
- TENS (Colaborador)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.
- Enfermera Clínica

RECURSOS MATERIALES

- Aspiración central.
- Guantes estériles.
- Riñón estéril.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Sondas de aspiración.
- Silicona estéril.
- Receptal.
- Tubo Niss.
- Dispositivo para desecho.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación medica, rotule Tubo Niss con nombre y dos apellidos del paciente y servicio de origen. Si la orden fue generada en SIS, pegue etiqueta.
- Verificar identificación del paciente, explicar el procedimiento a realizar y solicitar su cooperación.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Acomode a paciente en posición Fowler.
- Colóquese guantes estériles
- Solicite al colaborador, le presente envoltorio de sonda de aspiración y la toma sin contaminar
- Solicite al colaborador, que abra el envoltorio del tubo Niss, tómelo con la mano no dominante y conecte una de las conexiones en el extremo de la sonda de aspiración.
- El colaborador coopera en la conexión del otro extremo del tubo Niss a la silicona.
- Introduzca sonda suavemente por nariz, según norma de aspiración de secreciones.
- Mantener el Tubo Niss de manera vertical, para evitar pérdida de la aspiración obtenga mínimo unos 3 ml de aspirado.
- Desconecte el sistema de aspiración del tubo una vez que haya obtenido la muestra. Páselo a su colaborador, para que lo selle con tapa correspondiente.
- Si es necesario vuelva a aspirar al paciente.
- Deje conexiones limpias de secreciones, lavando con suero fisiológico.
- Retírese los guantes
- Lávese las manos
- Deje cómodo al paciente
- Ordene el equipo y desecho según normativa REAS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Registre procedimiento, anotando características se secreción obtenida.
- Envíe muestra a laboratorio dentro de bolsa plástica.

CONSIDERACIONES

- Si la secreción es muy viscosa, aspire suero fisiológico en ampollas para facilitar el depósito de la muestra.

6 .15 TOMA DE MUESTRA DE SECRECION RESPIRATORIA PARA PANEL VIRAL-PCR COVID-19

OBJETIVO

- Obtener muestra de secreción respiratoria en forma aséptica, con fines diagnósticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Enfermera clínica.
- Kinesiólogo.
- TENS (Capacitado)

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.
- Enfermera Clínica

RECURSOS MATERIALES:

- Tórula con cepillo.
- Guantes de procedimiento.
- Buffer.
- Dispositivo para desecho.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique indicación médica, rotule tubo que contiene buffer con nombre y dos apellidos del paciente y servicio de origen. Si la orden fue generada en SIS, pegue etiqueta.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verificar identificación del paciente, explicar el procedimiento a realizar y solicitar su cooperación.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Instale EPP.
- Solicite a paciente que limpie la nariz, dejándola sin mucosidad.
- Con el paciente en posición sentado, con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, introduzca la tórula o hisopo por el piso de la fosa nasal hasta tocar la pared posterior de la faringe hacer girar suavemente la tórula 5 veces y dejarla 5 a 10 segundos, posicionada inmóvil para obtener una buena cantidad de células epiteliales.
- Deposite la tórula en cepillo, en el tubo estéril con medio de transporte cuidando que quede sumergida en el líquido y cortar en zona prepicada.
- Con una segunda tórula, bajar lengua, introducir hasta tocar la pared posterior de la faringe y frotar en esa posición.
- Colocar la tórula en el mismo tubo estéril con medio de transporte, cuidando que quede sumergida en el líquido y que cierre completamente el tubo.
- Introducir tubo en bolsa individual.
- Eliminar el material usado en el contenedor indicado para ese fin.
- Retiro de EPP según norma vigente.
- Lavado de manos.
- Registre procedimiento.
- Envíe muestra a laboratorio dentro de bolsa plástica, en contenedor destinado para ello.

CONSIDERACIONES GENERALES

- En pacientes con sospecha COVID, verificar que médico haya realizado previamente “Formulario de Notificación Inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV”.
- Personal que realiza toma de muestras para sospecha COVID, debe ingresarla en plataforma Nacional de Trazabilidad de Muestras.

7. PROCEDIMIENTOS EN VÍA AÉREA

7.1 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASO/ORO-TRAQUEAL

OBJETIVOS

- Mantener vía aérea permeable.
- Obtener muestra de secreción traqueal para exámenes de laboratorio.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Kinesiólogo(a).
- TENS (Colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería clínico

RECURSOS MATERIALES

Carro o Bandeja con:

- Sistema de aspiración (central o portátil).
- Equipo de aspiración desechable: Porta canister, canister, receptal, tubo de silicona largo y corto, reloj regulador de vacío.
- Sondas de aspiración, calibre según corresponda.
- Guantes estériles.
- Mascarilla desechable.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Saturometro (durante todo el procedimiento).
- Cánula mayo en caso de aspiración orotraqueal (optativo).
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

(Debe ser realizada por 2 personas; 1 ejecutor + 1 colaborador).

COLABORADOR

- Reúna el equipo y traslédelo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Instale sistema de aspiración.
- Active la aspiración entre 80 – 100 mmHg.
- Coloque al paciente con cabecera 30° (mínimo).
- Ayude en la contención del paciente, en caso de ser necesario.

EJECUTOR

- Identifique al paciente por su brazalete y pregúntele su nombre, si corresponde.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Higienice manos e instale saturometro para evaluar durante procedimiento.
- Lávese las manos.
- Colóquese la mascarilla desechable.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026 Versión N°: 8
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Total de páginas: 289

- Colóquese los guantes estériles.
- Tome la sonda de aspiración que le presenta el colaborador.
- Introduzca suavemente la sonda por la nariz, sin aspirar (aspiración nasogástrica) o introduzca la sonda a través de la cánula mayo o cavidad oral (aspiración orogástrica).
- Ocluya el orificio del control de aspiración de la sonda, con su pulgar.
- Aspire retirando la sonda con movimientos rotatorios (esta acción no debe durar más de 10 segundos).
- Una vez finalizado el procedimiento, retire la sonda de la tráquea y límpiela aspirando suero fisiológico.
- Aspire las secreciones que están en la cavidad oral y/o debajo de la lengua, deseche la sonda de aspiración en bolsa plástica.
- Cubra la conexión de silicona con el envase de la sonda de aspiración.
- Retírese y elimine los guantes.
- Apague el circuito.
- Acomode al paciente.
- Verifique la realización del aseo bucal con antiséptico bucofaríngeo.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

COLABORADOR

- Una vez finalizado el procedimiento, ayude a acomodar al paciente.
- Realice aseo bucal con antiséptico bucofaríngeo.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.

CONSIDERACIONES

- Facilite la técnica de aspiración de la cavidad bucal, colocando cánula mayo, cuando las condiciones del paciente lo ameriten.
- Si el paciente no está en apremio respiratorio, permita que descanse durante 20 – 30 segundos antes de volver a insertar el catéter.
- Mantenga insumos y equipo preparado en paciente con indicación de aspiración en S.O.S.
- Para facilitar la técnica de aspiración en paciente consciente, solicite que tosa para lograr así apertura de la glotis antes de introducir la sonda, en pacientes inconscientes, espere la inspiración.
- En caso de que el paciente sea portador de una cánula de traqueotomía proceda a utilizar un catéter de aspiración acorde al lumen de la cánula de traqueotomía, introduzca dicho catéter a no más de 10 – 12 cm. Retire siempre la camisa previo al procedimiento.
- Mantenga precaución respecto al tipo y momento en que el paciente recibe alimentación, objeto tomar los resguardos para prevención de eventos adversos.
- Evaluar saturación durante procedimiento siempre, para evitar complicaciones en paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándares.
- Aplique técnica aséptica.
- Use mascarilla desechable y lentes protectores en caso de riesgo pacientes con precaución aislamiento por gotitas.
- La aspiración de secreciones no debe ser una actividad programada, sólo se debe realizar en S.O.S.
- Registre calidad de las secreciones en hoja de atención diaria de enfermería.

7.2 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL NO CONECTADOS A VENTILADOR MECÁNICO

OBJETIVOS

- Mantener vía aérea artificial permeable.
- Eliminar secreciones que puedan obstruir el flujo de aire en la respiración.
- Obtener muestra de secreción bronquial para examen de laboratorio.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Kinesiólogo(a).
- TENS (Ejecutor/Colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Sistema de aspiración (central o portátil).
- Equipo de aspiración desechable: Porta canister, canister, receptal, tubo de silicona largo y corto, reloj regulador de vacío.
- Sondas de aspiración (el diámetro no debe ser mayor que la mitad del diámetro interno del tubo endotraqueal).
- Guantes estériles.
- Mascarilla desechable.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Resucitador manual conectado a oxígeno.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Medidor de presión cuff.
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

COLABORADOR

- Reúna el equipo y tráselo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Instale sistema de aspiración.
- Active la aspiración entre 80 – 100 mmHg.
- Coloque al paciente con cabecera 30° (mínimo).
- Monitorizar saturación de oxígeno durante todo el procedimiento.
- Ayude en la contención del paciente, en caso de ser necesario.
- Sostenga el TOT, mientras se realiza la maniobra.

EJECUTOR

- Identifique al paciente por su pulsera de identificación, pregúntele su nombre, si corresponde
- Explíquelo el procedimiento.
- Lávese las manos.
- Colóquese la mascarilla desechable.
- Colóquese los guantes estériles.
- Tome la sonda de aspiración que le presenta el colaborador.
- Pre-oxigene al paciente, si fuese necesario, previo a cada aspiración, aumentando la FiO2.
- Introduzca suavemente la sonda por el tubo orotraqueal (T.O.T.) o tubo traqueotomía (TQT) no más de 30 – 40 cms.
- Aspire, ocluyendo el orificio de control de aspiración de la sonda con el pulgar, solo cuando retire la sonda y por no más de 10 segundos a la vez. Girando la sonda al retirarla.
- Propicie un periodo de descanso breve (8 a 10 ciclos respiratorios), entre cada aspiración.
- Siempre considere aspiración supraglótica, antes de terminar.
- Reinstale la fuente de oxígeno (lo realiza el Colaborador).
- Compruebe la presión del cuff, este no debe sobrepasar los 20 a 30 cmH2O.
- Una vez finalizado el procedimiento, retire la sonda de aspiración y límpiela aspirando suero fisiológico (colaborador presenta el suero).
- Deseche la sonda en bolsa plástica.
- Cubra la conexión de silicona con el envase de la sonda de aspiración.
- Retírese y elimine los guantes.
- Apague el circuito, acomode al paciente.
- Verifique la realización de aseo bucal con antiséptico.
- Lávese las manos
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

COLABORADOR

- Una vez finalizado el procedimiento, ayude a acomodar al paciente.
- Realice aseo bucal con antiséptico bucofaríngeo.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.

CONSIDERACIONES

- Una vez finalizada la aspiración endotraqueal, puede utilizar la misma sonda para aspiración bucal. Sin devolverse al TOT.
- Evalúe uso de Trashcare (sistema de aspiración cerrado de 24 horas) en caso de secreciones abundantes o paciente en aislamiento de contacto.
- Mantenga como sistema seguridad, el resucitador manual conectado a una fuente de oxígeno cercano a la cama del paciente.
- En caso de que el paciente sea portador de una cánula de traqueotomía, proceda a utilizar un catéter de aspiración acorde al lumen de la cánula de traqueotomía, introduzca dicho catéter a no más de 10 -12 cms.
- Retire la camisa previa al procedimiento, si fuese necesario, en pacientes con abundantes secreciones o con signos de obstrucción de la endocánula y dificultad para respirar.
- Use mascarilla y lentes protectores en caso de riesgo de salpicaduras.
- Antes de retirar el TET y desinflar el cuff asegúrese de aspirar las secreciones de la cavidad bucal.
- Cambie conexiones de aspiración cada 24 horas y SOS
- Mantenga equipo de aspiración completo en la unidad del paciente.
- Si utiliza sistema con bolsa de recolección desechable (receptal), cámbielo cuando este a 2/3 de su capacidad o tenga mal olor o mal aspecto.
- Registre calidad y si las secreciones aspiradas son de cantidad escasa, moderada o abundante.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

7.3 MANEJO DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

OBJETIVO

- Prevenir el desarrollo de neumonías nosocomiales, en los pacientes sometidos a ventilación mecánica.
- Evitar complicaciones secundarias a la permanencia del paciente en un ventilador.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico Residente
- Médico anestesiólogo de guardia
- Profesional de Enfermería
- Kinesiólogo
- TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermera Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

ALCANCE

Obligatoria su aplicación en todo paciente que se encuentre conectado a ventilación mecánica.

Excepciones:

- No se podrá (no) mantener la cabecera en 30°, a menos que este contraindicado por indicación médica.
- No aplicar Profilaxis de TVP cuando esté contraindicada.
- No aplicar el Protocolo de sedación cuando el paciente no lo requiere debido a condiciones neurológicas, reclutamiento alveolar y posición prono. No va
- No aplicar el Protocolo de sedación cuando se utiliza otro medio diferente a la seudoanalgesia. (Ej.: Propofol). Esto no
- Sedación según indicación médica

DEFINICIONES

Escala SAS: Escala que evalúa nivel de sedación.

TVP: Trombosis venosa profunda.

HDA: Hemorragia digestiva alta.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Cumpla con las normas generales de prevención de infección en la vía aérea, en relación con aspiración de secreciones, uso de ventilómetro, nebulización, sondas de aspiración, tubo orotraqueal, cánulas Mayo, resucitador manual, reservorio de secreciones, laringoscopios, etc.
- Realice aspiración supraglótica: cada 2 horas, previo a movilización, previo a la desinflar el cuff y S.O.S., para evitar el acumulo de saliva sobre el cuff (*)
- Cambie circuitos, humidificador, etc., entre pacientes.
- Mantener el tubo orotraqueal sobre la comisura labial (*)
- Uso filtro HME Humidificador: Intercambiador de calor- humedad; uso en todos los pacientes.
- El dispositivo adaptador para administración de aerosolterapia (conector Isocath), se mantendrá como parte del circuito en pacientes en VM que tengan indicación de administración de medicamentos por esta vía.
- El cambio del Sistema de aspiración de secreciones será diario.
- Protocolo de sedación: según indicación médica.
- Realizar fijación del TOT y TQT de modo que no se desplacen, según norma del servicio (*)
- Mantener actualizados los siguientes registros:
 - Hoja de vigilancia de pacientes en ventilación mecánica.
 - Horario de ejecución de aseo bucal y aspiración supraglótica.
 - Fecha y hora de instalación de intercambiador calor – humedad.
 - Fecha de toma de muestra de exámenes.
 - Registro de suspensión protocolo de sedación (*)
- Notificar a la UCIAAS, en caso de infección nosocomial de la vía aérea.

GUÍAS PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Cumplir en todo momento las Normas de precauciones estándar.
- Realizar cambio de filtro intercambiador calor/humedad cada 72 horas o antes de encontrarse sucio o con condensado visible (S.O.S). Rotular fecha de instalación. (*)
- Mantener el cuff del TOT entre 20 y 30 cm de agua de presión. Realizar la medición de esta presión a lo menos 4 veces al día. (*)
- Previo a desinflar el cuff, aspirar secreciones supraglótica.
- Mantener a los pacientes con elevación de la cabecera mayor a 30°. (*)
- Si es posible técnicamente, realizar aspiración supraglótica continua, de lo contrario programar cada 2 horas, previo a movilización y S.O.S.(*)
- Evitar el uso de inhibidores de H2 o bloqueadores bomba protones en pacientes que no tienen riesgo de ulcera por stress.
- Realizar aseo de cavidad oral al menos 4 veces al día y posterior a la aspiración de secreciones, con antiséptico bucofaríngeo. (*)
- No cambiar rutinariamente las mangueras del ventilador en un mismo paciente. Sólo en caso que presenten daño.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Evitar el acúmulo de condensado en los circuitos del ventilador. Drenarlos fijándose que no fluyan hacia el paciente. (*)
- Debe consignarse en ficha clínica y hoja de registro diario de enfermería, todos los procedimientos invasivos y sus indicaciones.
- Realizar fijación del TOT y TQT de modo que no se desplacen, asegurando su fijación y evitando lesiones en la piel.
- Utilizar protocolos de weaning y sedación.
- Evitar autoextubación del paciente o la reintubación.

(*) Medidas obligatorias a supervisar.

7.4 MANEJO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL

OBJETIVO

- Evitar la autoextubación accidental.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Lesiones de piel y mucosas

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Kinesiólogos.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Equipo de aspiración operativo (pared o portátil).
- Jeringa de 10 o 20 cc.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Mascarilla desechable.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Sonda aspiración diferentes calibres.
- Medidor de presión de cuff.
- Tela adhesiva Leukoplast.
- Venda elastomull de 10 cm.
- Equipo de aseo de cavidades.
- Lubricante de mucosas (ej.: blistec).
- Saturómetro.
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DEL CAMBIO DE FIJACIÓN

Realice el procedimiento siempre con la ayuda de un colaborador.

- Reúna el equipo a utilizar, trasladándolo a la unidad del paciente.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento, si su condición lo permite.
- Lávese las manos según norma.
- Verifique Saturación de oxígeno y estado conciencia del paciente.
- Retire el material de fijación que inmoviliza el tubo endotraqueal, con movimientos suaves, evitando desplazarlo para prevenir la tos y expulsión del tubo (colaborador mantiene el tubo en posición).
- Verifique los centímetros de fijación del tubo a nivel de la comisura labial y mida la presión del cuff.
- Observe la comisura labial en donde se apoya el tubo orotraqueal, en busca de lesiones por presión (L.P.P.).
- **Cambie las fijaciones:**
 - Opción Leukoplast: corte un trozo de tela leukoplast de 15 cm de largo, hágalo longitudinalmente en dos, dejando 5 cm indemne y péguelo en la mejilla, cruce 1 extremo a lo largo del mentón o bucal superior y la otra parte fíjela al tubo.
 - Opción venda gasa: anude al nivel de la marca del tubo con la venda gasa (10 cms de ancho) y luego rodee la cabeza del paciente pasando la gasa por sobre las orejas, anude asegurándose que quede firme pero sin tirar en exceso. Acolchar con apósitos o gasas.
 - Frecuencia de cambio fijación:
 - venda cada 12 hrs. y SOS.
 - Leukoplast cada 24 hrs. y SOS.
- Realice aseo bucal y nasal.
- Lubrique labios para prevenir lesiones.
- Realice medición de la presión del cuff posteriormente (entre 20 y 30 cm de agua).
- Verifique que los centímetros a la comisura labial, sean lo mismo que antes del cambio de fijaciones.
- Retírese los guantes.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de registro diario de enfermería, (fecha, hora, cm de fijación del tubo y presión del cuff, según norma local).

Retiro de Tubo orotraqueal:

Ejecutor:

- Verifique indicación médica.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente y explique el procedimiento al paciente, para que colabore, si su condición lo permite.
- Lávese las manos según norma.

Colaborador:

- Lávese las manos.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Verifique que este operativo equipo de aspiración completo.
- Coloque al paciente decúbito dorsal semisentado.
- Si el paciente usa sonda nasogástrica, aspire el contenido gástrico.
- Realice aspiración supraglótica y aseo de cavidades con antiséptico e instale sistema de administración de oxígeno, si está indicado (realice aspiración supraglótica previo y mientras se retira TOT).

Ejecutor:

- Suelte las fijaciones del tubo orotraqueal.
- Desinfe el cuff del tubo orotraqueal.
- Pídale al paciente que inspire. Retire el tubo.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento.

CONSIDERACIONES

- Vigile mecánica y frecuencia respiratoria, frecuencia y ritmo cardiaco y saturación de oxígeno.
- Pida asistencia kinésica si es necesario.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUIAS PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.
- Registre el N° de días TOT, en hoja de atención diaria de enfermería.

7.5 MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL CUFF (TOT o TQT).

OBJETIVO

- Mantener la presión del cuff del tubo traqueal o cánula de traqueostomía en niveles adecuados, para evitar complicaciones.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Kinesiólogo(a).

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

RECURSOS MATERIALES

- Medidor de presión de cuff.
- Alcohol al 70%.
- Tómulas de algodón

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reúna el equipo y tráselo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquele el procedimiento, si su condición lo permite.
- Lávese las manos.
- Efectúe aspiración supraglótica, previo al procedimiento
- Limpie el equipo con una tórula con alcohol al 70% (en el caso de que el equipo no sea de uso exclusivo del paciente).
- Conecte el medidor de cuff a la válvula del tubo traqueal o cánula de traqueotomía.
- Lea la presión que aparece en el manómetro. Ésta debe estar entre 20 y 30 cm H₂O (zona coloreada en el manómetro). Hacer la conversión en caso de estar en mmHg multiplicar x 1.3.
- Si desea aumentar la presión, insufla con el manómetro hasta que la aguja alcance el valor deseado.
- Si desea disminuir la presión desinfla el cuff presionando suavemente el botón rojo hasta que la aguja del manómetro indique la presión deseada.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Desconecte el manómetro y límpielo con un algodón con alcohol al 70%(en el caso de que el equipo no sea de uso exclusivo del paciente).
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

OBSERVACIONES

- La presión del cuff se debe mantener entre los 20 – 30 cm de agua. Por sobre este valor puede producirse daño del tejido (necrosis), por disminución de la perfusión traqueal.
- Una adecuada presión permite evitar el escape de aire desde la tráquea y mantener una adecuada separación de la vía aérea y digestiva.
- En caso de una traqueotomía, confirmar con médico tratante la indicación de cuff inflado o desinflado.

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplicar precauciones estándar.
- Limpieza del equipo con alcohol al 70%.
- En pacientes con aislamiento, dejar un medidor para uso exclusivo, rotulado.

7.6 MANEJO DE TRAQUEOSTOMÍA (TQT)

OBJETIVOS

- Prevenir retiro accidental de la cánula.
- Evitar oclusión de la cánula de TQT.
- Prevenir lesiones de piel y mucosas.
- Evitar infecciones de estoma.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Kinesiólogo(a).
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Equipo aspiración de secreciones operativo (fijo o portátil).
- Guantes estériles.
- Mascarilla desechable.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Sondas de aspiración # 12 o 14 fr.
- Caja de curación Mayor.
- Gasas estériles.
- Endocánula estéril.
- Conector Swivel SOS.
- Lentes protectores.
- Cinta para fijar cánula.
- Medidor de presión de cuff.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consideraciones generales:

- Mantener siempre al paciente con cabecera > a 30 °.
- Mantener TQT fija para evitar su desplazamiento.
- Mantener TQT permeable y humidificada.
- Verifique saturación de oxígeno y estado conciencia del paciente.
- Mida la presión del cuff cada 6 horas y en S.O.S., mantenga presión entre 20-30 cm H₂O.
- Realizar aseo de la cavidad oral con antiséptico bucofaríngeo, al menos 4 veces al día, asimismo, pre y post aspiración de secreciones.
- Realice aspiración de secreciones S.O.S. de acuerdo a norma.
- Realice aspiración supraglótica cada 2 horas si está conectado a ventilación mecánica, previo a la movilización y S.O.S.

Curación de Traqueostomía:

- Lávese las manos.
- Instale guantes procedimientos, proceda a soltar las tiras de sujeción de traqueotomía, retire la endocánula. Retírese los guantes.
- Realice lavado manos.
- Abra caja de curación y disponga en ella material estéril.
- Colóquese guantes estériles.
- Coloque endocánula estéril.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Sin retirar la cinta, limpie estoma con suero fisiológico y coloque 1 gasa estéril cortada en el centro hasta la mitad alrededor del estoma.
- Cambie cinta de fijación, verifique estado de piel y mucosas en zonas de apoyo.
- Realice fijación permitiendo el paso de 1 dedo entre ella y el cuello. Acolchar con apósitos.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene equipo.
- Lávese las manos.
- Registre procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Considerar uso de apósito especial para pacientes con granuloma en estoma.
- Paciente hipersecretor: conlleva una mayor frecuencia de curación de su estoma.
- Antes de cambiar la endocánula verifique disponibilidad del insumo correspondiente de acuerdo a calibre de la cánula.
- En caso de no existir endocánula para cambio, realice aseo con suero fisiológico a la recién extraída, colocándola sobre una superficie estéril.
- En caso de signos y síntomas de oclusión de la cánula de traqueotomía proceda de la siguiente forma:
 - Retire endocánula.
 - Aspire secreciones.
 - Conecte a fuente de oxígeno.
 - Si la urgencia no es superada, y el paciente no está hospitalizado en UPC active el sistema de emergencia de riesgo vital (CLAVE OMEGA).
 - Mientras llega el equipo de reanimación avanzada:
 - Desinfle el cuff, oxigene por medio de la cánula y además por medio del resucitador manual colocado a nivel de la vía aérea alta.
 - Verifique que el paciente respira espontáneamente.
 - No reposiciones ni retire la cánula (sólo personal capacitado puede cambiar la cánula de TQT).
 - Mantener siempre al lado de la cama una cánula nueva del mismo número a la que tiene en uso el paciente.
 - En pacientes traqueostomizados sin indicación de oxigenoterapia, o con necesidad de hasta FiO2 30%, coloque filtro humidificador a la salida de la cánula. Realizar cambio cada 72 horas o antes en caso de encontrarse sucio o con condensación visible.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Use mascarilla y lentes protectores ante riesgo de salpicadura al realizar procedimientos en relación a la vía aérea.
- Registre N° de días de traqueostomizado, condiciones y características del estoma y secreciones.

7.7 MANEJO DE AEROSOLTERAPIA

OBJETIVOS

- Mantener vía aérea permeable.
- Administrar medicamentos broncodilatadores o fluidificadores o antibióticos, directamente a la vía aérea.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Kinesiólogo(a).

RECURSOS MATERIALES

1.- Nebulización (Mascarilla o boquilla).

Bandeja con:

- Flujómetro de aire (entrada amarilla del panel de gases clínicos) o de oxígeno (entrada verde del panel de gases clínicos) con adaptador para nebulizar.
- Nebulizador de mascarilla o boquilla.
- Fármaco indicado.
- Suero fisiológico en ampolla.
- Jeringa de 5 cc.
- Tómulas algodón.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Alcohol al 70 %.
- Bolsa plástica.
- Conector Hudson (para ventilador mecánico)
- Tubo T (en caso de paciente con TOT).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la indicación médica y corrobórela con la programación de enfermería.
- Verifique los 10 correctos.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Reúna el material, prepare la nebulización.
- Introduzca en la cámara del nebulizador dosis de medicamento indicado y suero fisiológico.
- Trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente y preguntando su nombre, si su condición lo permite.
- Explíquelo el procedimiento al paciente.
- Acomode al paciente en posición Fowler (30-45°), si su condición lo permite.
- Realice aseo de cavidad nasal, de ser necesario
- Conecte flujómetro a la red de aire (entrada amarilla del panel de gases clínicos).
- En el caso de pacientes hipoxémicos, conecte el flujómetro a la red de oxígeno (entrada verde del panel de gases clínicos).
- Conecte el extremo libre de la conexión del nebulizador al flujómetro; gire la perilla de éste último hasta 8 o 9 Lts. por minuto. Verifique que se produzca una nube de aerosol.
- Coloque el nebulizador al paciente, según modelo (boquilla o máscara).
- Retire nebulizador transcurrido 8 minutos como máximo, no importando que aún quede contenido en el frasco.
- Cierre el paso de aire.
- Retire y ordene el equipo.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

2.- Inhalador de dosis medida (MDI)

Bandeja con:

- Medicamento (MDI).
- Cámara espaciadora o aerocámara.
- Conector o Isocath (TOT – Pacientes en ventilación mecánica).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lea la indicación médica y corrobórela con la programación de enfermería.
- Verifique los 6 correctos.
- Cerciórese que el medicamento no haya sido adelantado en su horario por alguna indicación verbal o necesidad del paciente.
- Reúna el material
- Lávese las manos.
- Agite el medicamento durante 5 segundos, manteniéndolo en posición vertical.
- Conecte el dispensador al extremo posterior de la cámara.
- Conecte a la aerocámara y colóquela al paciente, sellando nariz y boca.
- Presione 1 vez el dispensador, mientras el paciente respira.
- Dependiendo del nivel de cooperación del paciente realice:
 - **Técnica óptima:** Inspirar profundo, lento a flujo laminar y que retenga el aire por 10 segundos.
 - **Técnica sub-óptima:** inspiración lenta y profunda, 10 veces, dentro de la aerocámara.
- Repita la cantidad de veces indicada.
- Deje descansar al paciente entre cada repetición (al menos 1 minuto).
- Retire la aerocámara y desconecte el dispensador.
- En caso de que la aerocámara quede húmeda, seque bien.
- Desinfecte la aerocámara y boquilla con alcohol al 70% y guarde en bolsa de papel.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre la administración del medicamento en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Verifique que la lengua esté en posición correcta, de lo contrario se pulverizará la medicación directamente contra ella.
- El nebulizador debe quedar en posición vertical al paciente.
- Vigilar que el paciente utilice el nebulizador correcto.
- En pacientes autovalentes, use nebulizador con boquilla.
- En pacientes dependientes use nebulizador con mascarilla.
- En paciente con enfermedad bronquial fibrosante use sólo aire como gas para nebulizar.
- En pacientes con oxigenoterapia con bigotera, realice la nebulización con aire y mantenga la bigotera puesta.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

En paciente con Tubo endotraqueal conectado a Tubo T:

- Conecte el nebulizador en la porción distal de tubo T, reemplazando el flujómetro. En paciente con traqueotomía que no colabora:
- Conecte el nebulizador al tubo T, a conector Swivel o a conector en T. En paciente con traqueotomía que colabora:
 - Utilice nebulizador con boquilla y reemplace por conector Hudson 1422 y coloque corrugado a la salida.
 - Nebulización en pacientes con ventilación mecánica:
- Conecte silicona del nebulizador, con el botón apagado a la salida de “alimentación del nebulizador”, ubicado en la parte frontal izquierda del ventilador.
- Conecte nebulizador a conector Hudson o Isocath entre el corrugado y el filtro HME. Encienda el botón del módulo de nebulización, que se apaga automáticamente a los 30 minutos, o puede apagar manualmente cuando se observe que termina la solución a nebulizar.
- Verifique que se produzca nube de aerosol.
- Retire la silicona del nebulizador de la salida de “alimentación del nebulizador”.

MDI en pacientes con ventilación mecánica:

- Conecte el Isocath entre el TOT, verificando que la flecha esté en dirección al paciente y el corrugado cercano al paciente.
- Espere al ciclo de inspiración para hacer el disparo del fármaco.
- Espere a lo menos 10 ciclos respiratorios antes de repetir la maniobra.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- El inhalador debe ser rotulado con nombre del paciente y fecha de apertura.
- Aplique precauciones estándar.
- Utilice nebulizador limpio y seco.
- Utilice nebulizador individual y desechable por cada vez que se administre el medicamento al paciente.
- Utilice Isocath individual, limpio, seco y desechable para cada paciente.
- Conectores Hudson e Isocath, si se retiran pueden permanecer instalados y ser cambiados cada 48 hrs. o en S.O.S.
- Usar sólo fluidos estériles para nebulizar, dispensándolos asépticamente.
- Rotular medicamentos multidosis con fecha de apertura, nombre y dos apellidos del paciente. Guardar y almacenar según instrucciones del fabricante.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

7.8 OXIGENOTERAPIA

OBJETIVO

- Corregir hipoxemia.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.
- Kinesiólogo(a).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Bigotera o mascarilla de oxígeno.
- Flujómetro de oxígeno.
- Frasco humidificador reutilizable o desechable.
- Agua bidestilada.
- Red central de oxígeno o balón portátil.
- Cinta de rotular.
- En paciente con tubo endotraqueal conectado a tubo T y/o traqueotomía: Adaptador tubo T y corrugado.
- Conector Swivel.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica de oxigenoterapia.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente, pregúntele su nombre si su condición lo permite.
- Explíquelo el procedimiento.
- Lávese las manos.
- Coloque agua bidestilada en el frasco humidificador reutilizable, entre nivel mínimo y máximo de llenado.
- Conecte el frasco humidificador al flujómetro y este último a la red central de oxígeno o balón portátil.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026 Versión N°: 8
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Total de páginas: 289

- En caso de disponer de frasco humidificador desechable, este viene precargado con solución estéril.
- El frasco humidificador desechable se conecta al flujómetro el cual está conectado a la central de oxígeno.
- Cambiar el humidificador reutilizable y desechable cuando esté bajo el nivel mínimo señalado en el frasco.
- Acomode al paciente en posición Fowler (30-45°) si su condición lo permite.
- Verifique permeabilidad de vías aéreas.
- Coloque bigotera o mascarilla de oxígeno, según indicación.
- Regule con el flujómetro la cantidad de litros de oxígeno indicados, fijando la esfera del flujómetro en la línea central de los litros indicados.
- Rotule frasco humidificador, bigotera o mascarilla con fecha de instalación.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Ordene y elimine los insumos utilizados.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Revise la fijación de modo que ésta no sea compresiva. De ser así proteja la piel con gasas y/o protector cutáneo, para prevenir lesiones por presión.
- Mantenga la administración de oxígeno por bigotera al alimentar al paciente. En las mascarillas:
 - Use adaptador blanco para concentraciones de oxígeno: 35% a 50%.
 - Use adaptador verde para concentraciones de oxígeno: 24% -26% -28% y 30%.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

En paciente con Tubo orotraqueal conectado a Tubo T y/o con traqueotomía:

- Coloque conector Swivel y adaptador tubo T corrugado al tubo endotraqueal o traqueotomía y asegúrelo, abra el flujo de oxígeno, según indicación médica.
- Rotule adaptador tubo T corrugado con fecha de instalación.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Cambie o elimine la bigotera y mascarilla, Swivel y adaptador de tubo T corrugado cuando se encuentren sucios o no cumpla su función.
- Usar circuitos (mangueras y humidificador), exclusivos por paciente.
- Colocar agua bidestilada estéril en el interior del frasco humidificador, hasta margen superior señalado en el frasco.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- En caso de consumo del agua del humidificador reutilizable o desechable, no rellenar, sino reemplazar por un frasco nuevo.
- Cambiar el circuito cada 24 hrs., por uno limpio procesado en la central de esterilización, Los frascos serán rotulados con fecha de cambio.
- Si durante la alimentación y si su condición lo permite el paciente requiere cambio de dispositivo de oxigenoterapia, se debe guardar la reemplazada en una bolsa limpia y seca.

7.9 USO INCENTIVADOR RESPIRATORIO (TRIFLOW)

OBJETIVO

- Favorecer expansión pulmonar.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Kinesiólogo
- Profesional de Enfermería.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Incentivador respiratorio.
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reúna el equipo y traslédolo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar.
- Lávese las manos.
- Siente al paciente cómodamente.
- Conecte la boquilla al extremo distal del tubo azul.
- Indique al paciente que sostenga el incentivador respiratorio, que respire normalmente manteniendo apretados los labios alrededor de la boquilla, efectuando respiraciones normales.
- Pídale al paciente que inspire profundamente tratando de levantar el máximo de bolitas e indíquele que repita el procedimiento máximo 10 veces.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- En ocasiones, se debe supervisar ejercicios enseñados por el equipo de Kinesiólogos.
- Retire la boquilla, lávela con agua corriente, séquela y guárdela en bolsa plástica junto al incentivador.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

OBSERVACIONES

- Programe ejercicios horarios en tarjeta, tarjetón u hoja de atención diaria de enfermería (de acuerdo a norma local del servicio).

GUIA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.
- Mantenga boquilla del incentivador limpio y seco entre cada uso y déjela en bolsa plástica.
- Incentivador respiratorio individual para cada paciente.
- Incentivador respiratorio debe ser identificado con nombre del paciente y N° de cama.

8. INSTALACIÓN Y MANEJO DE SONDAS

8.1 INSTALACION DE CATETER URINARIO A PERMANENCIA (CUP)

OBJETIVO

- Vaciar la orina contenida en la vejiga a través del conducto uretral con fines terapéuticos y/o diagnósticos, de manera continua por más de 24 horas, mediante técnica aséptica.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS (colaborador).
- Alumnos de Enfermería y Obstetricia bajo supervisión de Profesional.
- TENS de Urología, debidamente capacitado.
- TENS de Centro Quirúrgico debidamente entrenado bajo supervisión de Anestesiólogo.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico Anestesiólogo.
- Enfermera o Matrona Supervisora.
- Médico Urólogo.

RECURSOS MATERIALES

- Equipo de aseo genital.
- Caja de procedimiento.
- Sonda Foley de calibre seleccionado.
- Jeringa de 10 cc.
- Lubricante estéril en dosis unitaria o vaselina estéril dosis unitaria.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Ampolla de Agua Bidestilada. (2)
- Set recolector de orina.
- Frasco colector para tomar muestra de orina (sedimento).
- Jabón antiséptico normado por UCIAAS.
- Antiséptico normado por UCIAAS.
- Dispositivo para desecho.
- Jarro graduado.
- Fixomull.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar indicación médica (*)
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realiza procedimiento con colaborador. (*)
- Realizar aseo genital con jabón antiséptico normado por UCIAAS. (*)
- Realizar lavado clínico de manos con jabón antiséptico normado. (*)
- Abrir caja de procedimiento
- Colocarse guantes estériles. (*)
- Colaborador presentará insumos estériles a utilizar.
- Organizar material sobre el campo estéril. (*)
- Probar balón del catéter urinario permanente inflando y desinflando con agua bidestilada.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Pincelar zona genital ampliamente con antiséptico normado por la UCIAAS, dejar actuar según el tipo de antiséptico utilizado. (*)
- Colocar el paño perforado alrededor del área genital del paciente y bandeja estéril contigua a genitales, sobre el campo estéril.

Realizar instalación de sonda según sexo:

Femenino:

- Separar los labios mayores y menores con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.
- Visualizar el meato urinario, desinfectar con gasa estéril y antiséptico normado por la UCIAAS.
- Lubricar sonda con lubricante estéril o vaselina estéril en dosis unitaria (*); tomarla con mano dominante de modo que quede enrollada en la palma de la mano siendo expuesta solo la parte a ser introducida en la uretra.
- Introducir la sonda suavemente hasta que fluya orina.
- Colocar el extremo distal de la sonda sobre los bordes de la bandeja estéril. Tomar sedimento de orina.

Masculino:

- Colocar gasa estéril en pene para facilitar la sujeción, retraer el prepucio, manteniendo un ángulo de 45° con la mano no dominante.
- Desinfectar meato urinario con gasa estéril y antiséptico normado por la UCIAAS.
- Lubricar la uretra con 8 cc. aproximados de lubricante estéril por el meato.
- Lubricar sonda con lubricante estéril restante o vaselina estéril dosis unitaria (*); tomar la sonda con la mano dominante de modo que quede enrollada en la palma de la mano siendo expuesta solo la parte a ser introducida en la uretra.
- Introducir sonda suavemente en el meato urinario hasta que drene orina. Tomar sedimento de orina.
- Colocar el extremo distal de la sonda sobre los bordes de la bandeja estéril.

(*) Medidas obligatorias a supervisar.

- Si durante el procedimiento existe contaminación de la sonda, solicitar al colaborador una nueva. (*)
- Llenar el balón con agua bidestilada, según la recomendación del fabricante. (*)
- Traccionar suavemente la sonda hasta sentir resistencia.
- Toma sedimento de orina según normativa UCIAAS. (*)
- Conectar la sonda al set recolector, previo cierre la válvula de salida de éste, con el fin de evitar derrames de orina (*). Rotular set con fecha de instalación.
- Desechar el material no utilizado en bolsa plástica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Retirar guantes. (*)
- Lavado de manos. (*)
- Colaborador fijará el catéter urinario permanente con fixomull pasando la sonda sobre el muslo del paciente evitando acodaduras (*). Rotular con fecha y hora de instalación.
- Fijar el set recolector de orina a la cama por debajo del nivel de la vejiga (*), evitando que quede en contacto con el suelo.
- Acomodar al paciente.
- Lávese las manos.
- Registrar el procedimiento consignando la hora, calibre y característica del catéter urinario permanente, cantidad de agua bidestilada con que se infla el balón, tipo de procedimiento (por ejemplo, primera cateterización, recambio, etc.), aspecto y cantidad de la orina extraída y exámenes de orina tomados. (*)

CONSIDERACIONES

- Pinzar la sonda vesical en forma intermitente en caso de globo vesical, para evitar hematuria por descompresión brusca.
- En pacientes hombres limpiar glande de restos de lubricante y dejar prepucio en posición anatómica para evitar parafimosis una vez terminado el procedimiento.
- Confeccionar la Hoja de Vigilancia de CUP (*)
- Registrar como invasivo en hoja de enfermería. (*)

(*) Medidas obligatorias a supervisar

8.2. MANEJO DE CATETER URINARIO PERMANENTE

ALCANCE

Todo miembro del equipo de salud que realice algún tipo de actividad con un paciente portador de Catéter Urinario Permanente debe cumplir con esta normativa, de acuerdo a su quehacer.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Médico
- Profesional de Enfermería o Matrona.
- TENS
- Kinesiólogos
- Alumnos de Enfermería bajo supervisión.
- Alumnos TENS bajo supervisión

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

- Enfermera o Matrona Supervisora.

ACTIVIDADES

- Verificar diariamente la indicación médica de mantención de catéter urinario permanente (CUP). (*)
- Realizar lavado de manos/higiene de manos, inmediatamente antes y después de cualquier manipulación del CUP y bolsa recolectora.
- Mantener el flujo urinario sin obstrucción y/o acodaduras. (*)
- Mantener bolsa recolectora de orina bajo el nivel de la vejiga del paciente. (*)
- Mantener el circuito cerrado (*) y estéril, evitando su contaminación al vaciar la bolsa recolectora. (*)
- Fijar el set recolector de orina a la cama por debajo del nivel de la vejiga, y sin tocar el piso. (*)
- Ocluir el catéter por el menor tiempo posible (no más de 30 minutos) y lo más cercano al meato.

Manipulación de Bolsa Recolectora

- Solo se podrá desconectar el circuito para el cambio de bolsa recolectora cuando esto sea necesario, realizando desinfección con alcohol al 70% usando campo estéril y manteniendo técnica aséptica.
- Para el vaciamiento de la bolsa recolectora, el personal se debe lavar/higienizar las manos y usar guantes de procedimiento. Los guantes deben ser cambiados entre pacientes.
- El vaciamiento de la bolsa recolectora se realizará utilizando un receptáculo limpio, seco y desinfectado con cloro.
- La válvula de vaciado de la bolsa recolectora no debe tocar los bordes del receptáculo, ni quedar sumergida en la orina. Luego de vaciada, desinfectar con alcohol al 70% y dejar inserta en su estuche. En caso de no contar con éste, dejar protegida la punta con un guante de procedimiento limpio.

(*) Medidas obligatorias a supervisar

- El volumen de orina debe ser vaciado de la bolsa recolectora antes de contener 2/3 de su capacidad. (*)
- El cambio de bolsa recolectora se realizará con técnica aséptica, solo en caso de filtración.

Cuidados de piel/prevención

- Realizar aseo genital con jabón neutro (sin antiséptico) al menos cada 12 horas y en caso de necesidad. (*)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Rotar el sitio de fijación del CUP en cada aseo genital, rotulando este con fecha y hora del cambio.
- La toma de muestra para sedimento o cultivo se hará por punción de la sonda en el extremo distal, previa desinfección con alcohol al 70% usando campo estéril con técnica aséptica.

CONSIDERACIONES

- Aplique precauciones estándar.
- Para revisar consideraciones especiales de manejo, ver Manual de Prevención y Control de IAAS Guía N°6 Prevención de Infecciones Urinarias asociado a CUP.

(*) Medidas obligatoria a supervisar.

8.3 CATETERISMO URINARIO INTERMITENTE

OBJETIVO

- Vaciar la orina contenida en la vejiga, en forma intermitente.
- Obtener exámenes de orina en pacientes no valentes.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matrona Supervisora
- Matrona Clínica

OPERADOR

- Profesional de Enfermería
- Matrona
- Alumnos de pregrado bajo supervisión profesional

COLABORADOR

- TENS

MATERIALES

- Sonda Nelaton con numeración de acuerdo al paciente
- Bandeja de procedimiento

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Guantes de procedimiento
- Guantes estériles
- Gasa estéril
- Lubricante líquido estéril en dosis unitaria
- Frasco colector para tomar muestra de orina si corresponde
- Antiséptico normado por UCIAAS
- Jarro graduado
- Dispositivo para desecho

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- En caso de paciente pediátrico, verifique identificación e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Trabaja con colaborador.
- Realizar aseo genital con jabón antiséptico según procedimiento.
- Realizar lavado clínico de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- En caso de paciente adulto conciente, solicite que se posicione en decubito supino con las piernas separadas y semiflectadas .
- En caso de paciente pediátrico o adulto con incapacidad de entendimiento, el colaborador posicionará al paciente con las piernas separadas y semiflectadas.
- Realice lavado de manos clínico con jabón antiséptico.
- Abra caja de procedimientos y agregue insumos estériles a utilizar.
- Colóquese guantes estériles.
- El colaborador abre y presenta al profesional ejecutor la sonda nelaton.
- Pincele zona genital ampliamente con antiséptico normado por UCIAAS; deje actuar por dos minutos.
- Coloque el paño perforado alrededor del área genital del paciente.
- **Si es varón:** coloque gasa estéril alrededor del pene, sosteniéndolo perpendicular al cuerpo para enderezar la uretra pelviana, retraiga suavemente el prepucio hasta ver el meato e introduzca unos 8 cc de lubricante estéril y con los 2 cc restante lubrique la sonda. (Una vez finalizado todo el procedimiento, volver el prepucio a su posición normal).
- **Si es mujer:** separe los labios menores de manera de poder visualizar el meato urinario, coloque el lubricante en la sonda.
- Introduzca suavemente la sonda nelaton hasta que aparezca orina.
- Tome exámen de orina si corresponde.
- Comprima suavemente la zona suprapúbica, la que se encuentra cubierta con paños estériles, para lograr un buen vaciamiento vesical.
- Retire la sonda lentamente y elimínela en bolsa plástica

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Vacie orina a jarro graduado y proceda a medir.
- Elimine orina en red de alcantarillado.
- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Posicione al niño o adulto en forma cómoda y anatómica.
- Registre el procedimiento en hoja de enfermería consignando fecha, hora, procedimiento realizado, número de sonda nelaton utilizada, características de la orina y/o exámenes tomados.

CONSIDERACIONES

- Cumplir con normativa U.C.I.A.A.S.
- El procedimiento de cateterismo intermitente debe ser realizado por personal capacitado.
- Utilizar material estéril y mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- Efectuar el procedimiento con colaborador.
- En pacientes con globo vesical, el drenaje de orina debe ser lento para evitar hematuria.
- Si accidentalmente se introduce la sonda en vagina, debe ser eliminada y cambiada por otra estéril para un segundo intento.
- Registrar si ocurrió algún incidente durante el procedimiento.

8.4 AUTOCATETERISMO INTERMITENTE EN RECINTO HOSPITALARIO

OBJETIVO

- Vaciar la orina contenida en la vejiga, en forma intermitente.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor
- Profesional de Enfermería Clínico
- Matrona Supervisora
- Matrona Clínica

OPERADOR

- Paciente o familiar
- Profesional de Enfermería
- Matrona

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

- Sonda Nelaton 12 ó 14 FR
- Bandeja de procedimiento
- Suero fisiológico
- Jarro graduado
- Dispositivo para desecho

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (Realizado por paciente o familiar)

- Realizar lavado clínico de manos con jabón (previa instrucción).
- Abra caja de procedimientos y agregue la sonda nélaton y el suero fisiológico.
- Realice aseo genital según norma o limpie un área amplia de la citostomía con agua y jabón.
- Lubrique sonda nélaton con suero fisiológico.
- Introduzca suavemente la sonda nélaton por el meato o citostoma hasta que aparezca orina.
- Comprima suavemente la zona suprapúbica..
- Retire la sonda lentamente y elimínela en bolsa plástica
- Vacie orina a jarro graduado y proceda a medir.
- Elimine orina en red de alcantarillado.
- Lave las manos.
- Personal clínico retira equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Personal clínico registra el procedimiento en hoja de enfermería consignando fecha, hora, procedimiento realizado, número de sonda nélaton utilizada y características de la orina.

CONSIDERACIONES

- El profesional clínico educará al paciente sobre anatomía del tracto urinario o citostomías y principios básicos de asepsia.
- El profesional clínico deberá acompañar al paciente o familiar en su período de adiestramiento, para supervisar la técnica, lo cual se mantendrá durante toda la hospitalización.
- El paciente con indicación de autocateterismo en domicilio, realizará el procedimiento con técnica limpia.

8.5 IRRIGACION VESICAL

OBJETIVO

- Realizar lavado continuo de la vejiga con fines terapéuticos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de enfermería supervisor.
- Matrona supervisora.

OPERADOR

- Profesional de enfermería.
- Matrona.
- TENS.

MATERIALES

- Bandeja de procedimiento.
- Equipo para irrigación.
- Solución de irrigación según indicación médica.
- Guantes estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Alcohol al 70%.
- Delantal plástico.
- Torulas de algodón.
- Recolector de orina.
- Jarro graduado.
- Dispositivo para desechos.
- Soporte de suero.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente.
- Realizar lavado clínico de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Colóquese delantal plástico
- Conecte y cebe equipo de irrigación manteniendo la esterilidad del circuito.
- Abra bandeja de procedimiento y agregue insumos estériles a utilizar.
- Colóquese guantes estériles.
- El colaborador levanta zona distal de sonda instalada presentándosela al profesional.
- Coloque el paño estéril bajo la sonda foley del paciente previa pincelación con alcohol al 70%.
- Conecte equipo de irrigación a vía de entrada de sonda foley de 3 lúmenes.
- Asegúrese que bolsa recolectora de orina esté vacía.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Abra la prensa de irrigación y regule goteo según características macroscópicas de la orina.
- Retírese delantal y guantes.
- Deje cómodo al paciente
- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente
- Lávese las manos
- Registre la hora y fecha de instalación de bolsa de irrigación en hoja de registro de irrigación vesical
- Rotule la bolsa de irrigación instalada con números correlativos, hasta 24 horas (07 am)
- En sistema de irrigación, debe abrir una bolsa por vez.
- Vacíe bolsa recolectora de orina cada vez que sea necesario, registrando en hoja correspondiente características de orina y volumen evacuado.
- Al término de cada bolsa de irrigación vacíe el recolector de orina, y realice balance correspondiente en hoja de registro de irrigación vesical.
- Deje pasando una nueva bolsa de irrigación con número correlativo según indicación médica
- Instale bolsa de irrigación subsiguiente.

CONSIDERACIONES

- Cumplir con normativa U.C.I.A.A.S.
- Utilizar material estéril y mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- Efectuar el procedimiento con colaborador.
- Si el paciente presenta sensación de pujo o no hay salida de orina al recolector, pueden ser signos de obstrucción de sonda foley, revise la permeabilidad del equipo; si las medidas tomadas no son efectivas, avise a médico tratante.
- A las 7 de la mañana se debe realizar balance de ingresos y egresos de irrigación vesical, anotando la diferencia negativa del total del balance como orina. Si el total del balance es positivo, significa que quedó líquido dentro de la vejiga o bien hubo pérdida de registros .
- Comenzar día con nueva bolsa de irrigación instalada, con correlativo número 1.

8.6 INSTALACION DE ESTUCHE PENEAL

OBJETIVO

- Cuantificar y controlar diuresis del paciente varón en forma no invasiva.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

MATERIALES

- Equipo para aseo genital.
- Dispositivo urinario (estuche peneal).
- Bolsa recolectora de orina.
- Guantes de procedimiento.
- Tela adhesiva /Fixomull.
- Dispositivo para desecho.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- Realizar lavado clínico de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Realizar aseo genital con jabón según procedimiento.
- Realizar nuevo lavado clínico de manos.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- En caso de paciente adulto conciente, solicítele que se posicione en decúbito supino con las piernas separadas y semiflectadas .
- En caso de paciente adulto con incapacidad de entendimiento, posicionar al paciente con las piernas separadas y semiflectadas.
- Sujete el pene con firmeza colocando el dispositivo en la punta del pene, deslizándolo suavemente hacia la base, fíjelo sin comprimir usando la banda adhesiva del dispositivo.
- Deje un espacio de 3 a 5 cm. entre el pene y el extremo distal del dispositivo.
- Conecte el dispositivo al recolector de orina previo cierre de válvula inferior del set.
- Fije el recolector al muslo del paciente con fixomull.
- Fije el set recolector de orina a la cama por debajo del nivel de la vejiga, evitando que quede en contacto con el suelo.
- Rotule bolsa recolectora con fecha de instalación.
- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Posicione al paciente en forma cómoda y anatómica.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería consignando fecha, hora, procedimiento realizado.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Cumplir con normativa U.C.I.A.A.S.
- Cambie estuche peneal cada 24 horas previo aseo genital.
- Cambie recolector de orina en caso de necesidad.

8.7 INSTALACION DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG).

OBJETIVO

- Alimentación, eliminación de contenido gástrico o administración de fármacos.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

OPERADOR

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- Alumnos de pregrado bajo supervisión profesional .

COLABORADOR

- TENS

MATERIALES

- Sonda nasogástrica
- Lidocaína en gel o suero fisiológico en ampollas
- Tómulas de algodón
- Jeringa de 50 cc para sonda
- Set recolector
- Guantes de procedimiento
- Delantal plástico
- Fonendoscopio
- Riñón
- Tela adhesiva /Fixomull
- Toalla desechable
- Jarro graduado
- Dispositivo para desecho
- Huincha de medir

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- En caso de paciente pediátrico, verifique identificación e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Trabajar con colaborador.
- Reúna el equipo y lávese las manos
- Coloque al paciente en posición Fowler alto si las condiciones lo permiten, de lo contrario, en decúbito dorsal con la cabeza lateralizada.
- Colóquese pechera y guantes de procedimiento.
- Coloque toalla desechable en el tórax del paciente.
- Constate permeabilidad de las fosas nasales, realice aseo de cavidades si es necesario.
- Efectúe medición desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de éste al apéndice xifoide, para determinar el largo a introducir.
- Retire prótesis dental si corresponde, lubrique sonda con lidocaina en gel o suero fisiológico.
- Indique al paciente que lleve el mentón al pecho, si no puede por sí mismo, solicítelo a su colaborador que le ayude.
- Introduzca la sonda por la fosa nasal elegida hasta la medida realizada.
- Solicítelo al paciente que mantenga flexionada la cabeza y trague.
- En caso de fracaso probar a través del otro orificio nasal.
- Aspire la sonda para comprobar que la instalación fue correcta, si no hay salida de contenido gástrico, introduzca 30 cc de aire por la sonda, auscultando en forma simultánea con fonendoscopio el murmullo gástrico.
- Retírese los guantes y delantal de plástico eliminándolos en dispositivo para desecho.
- Fije la sonda a la nariz. Mida los cms. de salida registrándolo en la hoja de enfermería.
- Conecte la SNG al sistema recolector.
- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Posicione al paciente en forma cómoda y anatómica.
- Registre el procedimiento en hoja de enfermería consignando fecha, hora, procedimiento realizado, número de SNG instalada e inconvenientes presentados.

CONSIDERACIONES

- Si hay cianosis, dificultad respiratoria durante la instalación, retire de inmediato la sonda, haga descansar al paciente unos minutos y repita el procedimiento.
- Si la sonda es utilizada para la alimentación en bolos del paciente, controlar siempre previo al bolo el contenido residual gástrico; si este es mayor a 100 cc no debe ser administrado y debe avisar a su médico tratante.
- Previo y posterior a la alimentación, se debe lavar la sonda con 30 cc de agua cocida.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si el paciente presenta diarrea importante, suspender la administración de la alimentación y avisar a su médico tratante.
- La alimentación se debe suspender mínimo 15 minutos antes de la Kinesioterapia y movilización del paciente.
- Rotar sitio de fijación de la SNG cada 12 horas con la finalidad de prevenir lesiones por presión.
- En caso de retiro accidental de SNG instalada en pabellón, esta no debe ser reinstalada en sala. Dar aviso a su médico tratante de manera inmediata.
- Al administrar fármacos, de preferencia deben ser en jarabe, si no es posible, deben ser molidos, teniendo la precaución de pasarlos diluidos en agua, con un lavado posterior de la sonda de 30cc de agua tibia.

8.8 INSTALACION DE SONDA NASOENTERAL (SNE – SNY- SND).

OBJETIVO

- Alimentación via enteral del paciente, cuando está imposibilitado de alimentarse por boca.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Médico.
- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

OPERADOR

- Médico
- Profesional de Enfermería.
- Alumnos de pregrado bajo supervisión profesional.

COLABORADOR

- TENS

MATERIALES

- Sonda nasoenteral con guía metálica.
- Lidocaína en gel o suero fisiológico en ampollas.
- Tómulas de algodón.
- Jeringa de 20 cc.
- Guantes de procedimiento.
- Delantal plástico.
- Fonendoscopio.
- Riñón.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Tela adhesiva /Fixomull.
- Toalla desechable.
- Jarro graduado.
- Dispositivo para desecho.
- Huincha de medir.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- En caso de paciente pediátrico, verifique identificación e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Trabajar con colaborador.
- Reúna el equipo y lávese las manos
- Coloque al paciente en posición Fowler alto si las condiciones lo permiten, de lo contrario, en decúbito dorsal con la cabeza lateralizada a derecha
- Colóquese pechera y guantes de procedimiento.
- Coloque toalla desechable en el tórax del paciente.
- Constate permeabilidad de las fosas nasales, realice aseo de cavidades si es necesario.
- Efectúe medición desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de éste al apéndice xifoides a éste largo sume 15 cms. más.
- Retire prótesis dental si corresponde, lubrique sonda con lidocaina en gel o suero fisiológico.
- Indique al paciente que lleve el mentón al pecho, si no puede por sí mismo, solicítelo a su colaborador que le ayude.
- Solicítelo al paciente que mantenga flexionada la cabeza y trague cuando se le pida. Puede ayudarse tomando pequeños sorbos de agua.
- Introduzca la sonda por la fosa nasal elegida hasta la mitad de la medida realizada.
- En paciente inconsciente o poco cooperador, verifique que la sonda no esté enrollada en la boca.
- En caso de fracaso probar a través del otro orificio nasal.
- Aspire la sonda para comprobar que la instalación fue correcta, si no hay salida de contenido gástrico, introduzca 30 cc. de aire por la sonda, auscultando en forma simultánea con fonendoscopio el murmullo gástrico. Lateralice al paciente en decúbito derecho y continúe introduciendo la sonda hasta el final de la medición realizada.
- Ausculte a nivel de hipocondrio derecho introduciendo 30cc de aire.
- Retírese los guantes y delantal de plástico eliminándolos en dispositivo para desecho.
- Fije la sonda a la nariz. Mida los cms. de salida registrándolo en la hoja de enfermería.
- Solicite control radiográfico de Abdomen, de no ser efectiva la instalación, coordine bajar a Servicio de Imagenología para fluoroscopia.
- Retire la guía metálica cuando esté visada por médico la instalación de la sonda.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Posicione al paciente en forma cómoda y anatómica.
- Registre el procedimiento en hoja de enfermería consignando fecha, hora, procedimiento realizado e inconvenientes presentados.
- Registre en Hoja de vigilancia de procedimientos invasivos.

CONSIDERACIONES

- Si hay cianosis, dificultad respiratoria durante la instalación, retire de inmediato la sonda, haga descansar al paciente unos minutos y repita el procedimiento.
- Si la sonda es utilizada para la alimentación en bolos del paciente, controlar siempre previo al bolo el contenido residual gástrico; si éste es mayor a 100 cc no debe ser administrado y debe avisar a su médico tratante.
- Previo y posterior a la alimentación, se debe lavar la sonda con 30 cc de agua cocida.
- Si el paciente presenta diarrea importante, suspender la administración de la alimentación y avisar a su médico tratante.
- La alimentación se debe suspender mínimo 15 minutos antes de la Kinesioterapia y movilización del paciente.
- Rotar sitio de fijación de la SNE cada 12 horas con la finalidad de prevenir lesiones por presión.
- Medir a diario posición de la sonda, registrar en hoja de enfermería.
- No eliminar guía conductora frente a la necesidad de una reinstalación. Puede reinstalarse la misma sonda al no estar obstruida, pero siempre colocar la guía en la sonda fuera del paciente.
- En caso de retiro accidental de SNE instalada en pabellón, esta no debe ser reinstalada en sala. Dar aviso a su médico tratante de manera inmediata.
- Al administrar fármacos, de preferencia deben ser en jarabe, si no es posible, deben ser molidos, teniendo la precaución de pasarlos diluidos en agua, con un lavado posterior de la sonda de 30 cc de agua cocida.

8.9 ALIMENTACION POR SONDA NASOENTERAL

OBJETIVO

- Administrar alimentación via enteral a través de una sonda, a aquellos pacientes que no se puedan alimentar por boca o aquellos que no cubren sus requerimientos nutricionales por via oral.
- Suministrar nutrición e hidratación equilibrada en cantidad y calidad.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería.
- Nutricionista.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

OPERADOR

- TENS
- Alumnos de pregrado bajo supervisión profesional

MATERIALES

- Alimentación enteral *RTH (Ready To Hang = listo para usar)
- Bomba de infusión para alimentación enteral
- Bajada de alimentación enteral.
- Jeringa de 60 cc para sonda .
- Guantes de procedimiento

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Verifique en el rótulo de la alimentación sea la del paciente y la indicada por el médico.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente.
- Lávese las manos
- Coloque al paciente en posición Fowler 45° si las condiciones lo permiten, de no ser posible, eleve la cabecera de la cama lo máximo que tenga autorizado por médico tratante.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- aspire contenido de SNE, si este es mayor a 100 ml, no de inicio a la alimentación enteral y de aviso a profesional de enfermería a cargo del paciente.
- Verifique permeabilidad de la sonda, lavando con 30 ml de agua cocida.
- Administre la alimentación a temperatura ambiente, mediante bomba de infusión enteral, ajustando el goteo según la indicación médica.
- Después de administrada la alimentación, lave la sonda con 30 ml de agua cocida para mantener la permeabilidad. Realice este procedimiento, ante cualquier suspensión y reinicio de la alimentación.
- Retire equipo
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos
- Registre en hoja de enfermería , hora, tipo, volumen y velocidad de infusión de la alimentación enteral.

CONSIDERACIONES

- Las fórmulas enterales son distribuidas por SEDILE
- SEDILE entregará las fórmulas enterales a los servicios clínicos en horarios de 08:00 hrs. y 18:00 hrs. y cada vez que sea necesario frente a algún cambio o inicio de indicación.
- La administración de fórmulas enterales debe hacerse siempre con bombas de infusión.
- Las fórmulas enterales deben administrarse a temperatura ambiente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Las fórmulas enterales deben programarse según indicación médica, siendo las alternativas en infusión continua por 24 horas o en bolos.
- La bajada de la alimentación enteral se cambia cada 24 horas.
- Previo a movilizar al paciente con alimentación continua, debe suspenderla mínimo 15 minutos antes, previo lavado con 30 ml de agua cocida.

8.10 RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA Y/O NASOENTERAL

OBJETIVO

- Cumplir con la indicación médica.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION:

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.
- Matrona Clínica.

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

MATERIALES

- Guantes de procedimiento.
- Jeringa de 50 cc para aspirar contenido de sonda.
- Jarro graduado.
- Delantal plástico (opcional).
- Dispositivo para desecho.
- Papel desechable.
- Material para aseo de cavidades (optativo).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- Realizar lavado clínico de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Coloque al paciente en posición Fowler.
- Coloque protector sobre el torax del paciente (papel o toalla).
- Colóquese guantes de procedimiento y delantal de plástico.
- Retire fijación de la sonda.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Conecte jeringa y efectúe aspiración de contenido gástrico (si es mayor a 150 cc., avisar a médico tratante antes de proseguir con el procedimiento)
- Retire suavemente la sonda, indicando al paciente que contenga la respiración.
- Elimine materiales en dispositivo para desechos
- Efectúe medición del débito obtenido y luego elimínelo en red de alcantarillado.
- Retírese guantes y delantal de plástico.
- Retire equipos y desechos de la unidad del paciente.
- Lávese las manos
- Posicione al paciente en forma cómoda y anatómica.
- Registre el procedimiento consignando débito obtenido y características.

8.11 INSTALACION DE SONDA DE SENGSTAKEN BLAKEMORE

OBJETIVO

- Cohibir la hemorragia por várices esofágicas en los cuales la ligadura o escleroterapia no es factible, no está disponible o ha fracasado.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.
- Médico.

MATERIALES

- Sonda de Sengstaken-Blakemore.
- Elementos de protección personal: guantes, gafas, delantales/pecheras.
- Jeringas de 60 ml. de punta cónica y fina.
- Riñón.
- Esfingomanómetro o medidor de presión.
- Cuatro pinzas (clamps) forradas en goma o plásticas , Pinzas Kelly.
- Dos sistemas de aspiración.
- Tela adhesiva.
- Sonda nasogástrica fina.
- Suero fisiológico.
- Lubricante hidrosoluble (lidocaína gel).
- Estetoscopio.
- Equipo de intubación de emergencia.
- Equipo de aspiración endotraqueal.
- Aparato de tracción (atril) suspendido con pesas de 0,5 a 1,3 kg (bolsas de suero).

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Total de páginas: 289

- Jarro graduado.
- Dispositivo para desechos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto.
- Realice lavado clínico de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Coloque al paciente en posición Fowler 90°.
- Coloque protector sobre el tórax del paciente .
- Colóquese elementos de protección personal.
- Compruebe la indemnidad de ambos balones, el balón gástrico es un balón de volumen, es decir, debe ser inflado con una cierta cantidad de aire (250-300 ml). El balón esofágico es un balón de presión, por lo tanto debe ser inflado con cierta cantidad de aire para mantener una presión determinada.
- En pacientes comprometidos de conciencia se prefiere la intubación orotraqueal protectora.
- En el caso que no se realice endoscopia digestiva alta previa, insertar una sonda nasogástrica lavar el estómago y retirar.
- Lubricar los balones y los 15 cm, distales de la Sonda de Sengstaken con lidocaína gel.
- Insertar la sonda por la nariz o boca “enrollando” los balones, haciéndola avanzar de manera circular hacia el estómago, hasta al menos la marca de 50 cm; o 10 cm más que la longitud estimada para llegar al estómago.
- Confirmar la ubicación de la sonda.
- Aspirar secreciones a través de tubo de aspiración gástrica.
- Inyectar aire a través del lumen gástrico y chequear con auscultación epigástrica.
- Inflar progresivamente el balón gástrico con aire, con incrementos de 100 ml hasta el volumen previamente determinado (habitualmente 250 a 300 ml).
- Traccionar suavemente el balón hasta sentir la resistencia del cardias. Debe marcar aproximadamente 40 cms.
- Una vez inflado, pinzar la luz del balón gástrico con pinzas forradas con gasa.
- Colocar una cinta indicadora alrededor de la sonda en el lugar de salida por la boca o la nariz y fijar una gasa enrollada al balón justo al nivel de la nariz, que evite su desplazamiento caudal.
- Inflar el balón esofágico: Instalar llave de tres pasos en el acceso al balón esofágico y conectar con manómetro. Inflar el balón con aire, chequeando la presión en forma intermitente, hasta alcanzar 35-45 mmHg. **NUNCA** superar la PA media del paciente.
- Colocar pinzas Kelly con gasas.
- Controlar radiológicamente la ubicación de ambos balones.
- Si el sangrado no se ha detenido, ejercer una ligera tracción sobre la sonda, adosando 0.5 a 1.3 Kg de peso mediante dispositivo de tracción suspendida.
- Retírese elementos de protección personal.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Elimine materiales en dispositivo para desechos, ordene la unidad y deje cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre en hoja de enfermería procedimiento realizado, describiendo grado de dificultad y el número de intentos. Indicar nivel de fijación, cantidad de aire usado para inflar el balón gástrico, presión de balón esofágico (si procede), día de instalación, tipo de tracción utilizado.

8.12 MANEJO SONDA DE SENGSTAKEN BLAKEMORE

OBJETIVO

- Mantener las medidas tendientes a evitar el desplazamiento, autoretiro u oclusión de ella que puede afectar el correcto funcionamiento de la sonda o complicaciones para el paciente.
- Cohibir la hemorragia por várices esofágicas en los cuales la ligadura o escleroterapia no es factible, no está disponible o ha fracasado.

INDICACION

- Mantener la permeabilidad de la sonda.
- Evitar complicaciones en el paciente.
- Evaluar cese del sangrado.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de Enfermería Supervisor.

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.

COLABORADOR

- TENS.

MATERIALES

- Riñon
- Agua
- Elementos de protección personal
- Equipo de aseo bucal
- Antiséptico bucal en uso
- Jeringa de 50 ml de punta cónica
- Tela adhesiva
- Esfingomanómetro
- Tijeras

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica de mantención de taponamiento, con un máximo de 24 a 36 horas para el balón esofágico y de 48 a 72 horas para el balón gástrico.
- Realizar aseo de cavidades nasal y bucal cada 4 horas. Aplicar ungüento o gel lubricante para mantener húmeda la mucosa.
- Controlar la presión del balón esofágico en forma horaria. Mantener la presión entre 35 y 45 mmHg. La presión puede variar con la respiración y puede alcanzar hasta 70 mmHg en forma intermitente. Una pérdida súbita de presión puede indicar ruptura del balón o del esófago.
- Disminuir la presión del balón esofágico 5 mmHg cada 3 horas hasta que la presión alcance 25 mmHg sin evidencias de sangrado.
- Desinflar completamente el balón esofágico por 5 minutos cada 6 horas.
- Evaluar la recidiva del sangrado de las várices.
- Aspirar el puerto de aspiración esofágico cada 1 a 2 horas para remover sangre y/o secreciones orofaríngeas, usando una jeringa, aún cuando no se encuentre inflado. Registrar la cantidad y las características de las secreciones.
- El puerto de aspiración gástrica debería ser aspirado en forma horaria si hay sangramiento activo. Registrar cantidad y características de lo aspirado. Si no hay sangramiento activo o el puerto gástrico no da contenido, aspirar cada 4 horas y registrar cantidad y características.
- Post aspiración del puerto gástrico o después de administración de fármacos; lavar el lumen con 30 ml de agua.
- En caso de aspiración esofágica, debería irrigarse con 5 a 10 ml. de agua post aspiración.
- Mantener monitorizado al paciente observando signos agudos de distress respiratorio o cambios súbitos en el patrón respiratorio. Si es necesario desinflar balones cortándolos y retirar sonda.
- Dejar una tijera al lado de la cama para desinflar los balones de inmediato.
- Chequear posición de sonda en manera horaria y después de movilizar al paciente.
- De manera horaria efectuar tracción leve para verificar que el balón esté anclado en el fondo gástrico.
- Control de balón gástrico con aire y auscultación abdominal cada 4 horas.
- Evaluar la necesidad de mantención de tracción con peso después de 12 horas de haberla instalado o antes si el sangrado ha cesado.

8.13 RETIRO DE SONDA DE SENGSTAKEN BLAKEMORE

DEFINICION

- El taponamiento debe mantenerse sólo hasta estabilizar al paciente y contar con una terapia definitiva (ligadura o escleroterapia, TIPS o cirugía). Si ocurre el cese del sangrado de las várices se indica el retiro de la sonda.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

OPERADOR

- Profesional de Enfermería

COLABORADOR

- TENS

MATERIALES

- Guantes
- Jeringas de 60 ml de punta cónica y fina
- Tijeras
- Elementos de protección personal

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica de retiro.
- Suspender el taponamiento en forma gradual: desinflar **PRIMERO** el balón esofágico retirando la pinza del tubo de dicho balón y aspirar el aire con una jeringa con el fin de desinflar el balón de manera activa. De no hacerlo primero, el balón esofágico puede migrar a la vía aérea.
- Observar por 4 horas si reaparece el sangrado; si este recidiva, inflar nuevamente el balón esofágico.
- Desinflar el balón gástrico retirando la pinza del tubo de dicho balón y aspirar con una jeringa con el fin de desinflar el balón de manera activa.
- Observar por 4 horas si reaparece el sangrado; si este recidiva, inflar nuevamente el balón gástrico.
- Cortar con tijeras las luces correspondientes a los balones y retirar la sonda lentamente.
- Desechar la sonda, retirar los guantes y registrar el procedimiento.

8.14 LAVADO GÁSTRICO

OBJETIVO

- Vaciar el contenido gástrico con fines diagnósticos o terapéuticos.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

- Elementos de protección personal.
- Sonda Nasogástrica.
- Caja de procedimientos.
- Jeringa 50 cc punta sonda.
- Suero fisiológico frío o a temperatura ambiente.
- Material de fijación Pinza Kelly.
- Jarro graduado y/o lavatorio con hielo.
- Dispositivo para desechos.
- Lidocaína en gel.
- Jarro graduado.
- Toalla nova.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realiza procedimiento con colaborador.
- Colóquese elementos de protección personal.
- Coloque sobre el tórax del paciente toalla nova
- Instale SNG según manual
- Aspire suavemente el contenido gástrico
- Administre suero fisiológico vaciado dentro de la caja de procedimientos, con la jeringa adecuada 200 cc. cada vez.
- Aspire y mida el contenido obtenido vaciándolo en jarro graduado. Luego elimine en red de alcantarillado.
- Repita el procedimiento hasta obtener contenido gástrico claro.
- Retírese elementos de protección personal.
- Lávese las manos
- Acomodar al paciente.
- Registre el procedimiento consignando: fecha, hora, número de SNG instalada, entrada en suero en cc, salida de contenido en cc, balance y aspecto del contenido extraído.

CONSIDERACIONES

- Si la SNG queda a permanencia, déjela a caída libre, conectándola a set recolector.
- Programe aseo bucal y nasal por horario si la SNG queda a permanencia.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

8.15 ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA

OBJETIVO

- Favorecer el adecuado aporte nutricional del paciente.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de enfermería Supervisor.
- Profesional de enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.
- Matrona Clínica.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Profesional de enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

MATERIALES

- Guantes de Procedimiento.
- Jeringa punta sonda.
- Equipo de gastroclisis, si corresponde.
- Agua cocida tibia o envasada sin gas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Realice lavado de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explique el procedimiento a realizar. En caso de paciente pediátrico, informe a los padres o cuidador del niño/a y a este según sea su capacidad de entendimiento.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Acomode al paciente en posición Fowler.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Aspire el contenido gástrico si es mayor a 100 cc, suspenda la alimentación y dé aviso inmediato a médico tratante.
- Administre lentamente 50 cc de agua cocida tibia por sonda de alimentación.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Cebe la bajada de gastroclisis antes de conectar a zona distal de sonda de alimentación. Deje pasando a velocidad indicada o administre alimentación a temperatura ambiental en bolo con jeringa según indicación médica.
- Administre nuevo bolo de 50 cc de agua cocida tibia al término de la alimentación con jeringa y/o en cada cambio de contenedor de alimentación enteral.
- Acomode al paciente, clampee la sonda de la gastrostomía si corresponde, en caso de gastroclisis continua, mantenga al paciente en posición Fowler o semi Fowler.
- Retire y ordene el equipo.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

8.16 CAMBIO DE COLOSET O UROSET

OBJETIVO

- Mantener la integridad del estoma de descarga y la piel circundante.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de enfermería Supervisor.
- Profesional de enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.
- Matrona Clínica.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Médico
- Profesional de enfermería.
- Matrona.
- TENS (capacitado).

MATERIALES

- Guantes de Procedimiento
- Tómulas o apósitos
- Bolsa adhesiva o placas más bolsa de estomas de descarga.
- Pasta protectora de la piel, para rellenar, sellar y proteger la piel periestomal.
- Protector cutáneo (spray).
- Jarro.
- Jarro con agua tibia.
- Toalla Nova.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Sabanilla desechable.
- Tijeras.
- Bolsa para desechos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Realizar lavado de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Verifique identificación de paciente e informe al paciente en caso de adulto. En caso de paciente pediátrico, verifique identificación e informe a los padres del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Solicite colaboración al paciente y/o familiares si están presentes.
- Ubique al paciente en posición decúbito supino con el abdomen descubierto.
- Proteja la ropa de cama con sabanilla desechable.
- Vacíe el contenido de la bolsa recolectora en jarro.
- Retire la bolsa adhesiva o placa desde arriba hacia abajo evitando traccionar.
- Humedezca apósito con agua tibia, elimine el exceso de agua del apósito y retire los restos de materia fecal y residuos en la piel circundante, realizando movimientos circulares alrededor del estoma, deseche apósito, realice lo señalado hasta que el área esté visiblemente limpia.
- Seque el estoma y la piel circundante por medio de toques suaves. Evalúe el estado de la piel periestomal, realice cambio de guantes.
- Aplique protector cutáneo sobre piel circundante del estoma.
- Recorte el dispositivo con orificio adecuado, ajustando al máximo el diámetro interno del dispositivo al estoma del paciente (1 a 2 mm).
- Aplique de manera uniforme sobre la placa de ostomía, la pasta adhesiva (fabricada especialmente para ostomía).
- Si el paciente es usuario de un sistema drenable de dos piezas, (placa más bolsa) fije la bolsa a placa y luego a la piel.
- En el caso de un sistema de bolsa drenable de una sola pieza, fíjela a la piel circundante del estoma.
- Fije el dispositivo alrededor del estoma alisando bien para evitar fugas.
- Deje al paciente en posición cómoda.
- Elimine los desechos en bolsa plástica.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Cumplir con normativa U.C.I.A.A.S.
- La placa de ostomías debe ser cambiada siempre que exista fuga o produzca molestias al paciente o cada 7 a 10 días en caso de indemnidad.
- Nunca se debe frotar la mucosa del estoma ya que se pueden provocar erosiones.
- Los dispositivos deben ser vaciados cuando estén a 2/3 de su capacidad.
- En caso de presentar lesiones en piel periestomía, el manejo deberá ser con curación avanzada.
- Registre las características del estoma.

8.17 CURACION DE GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA

OBJETIVO

- Mantener la integridad del estoma y la piel circundante.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de enfermería Supervisor.
- Profesional de enfermería Clínico.
- Matrona Supervisora.
- Matrona Clínica.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de enfermería.
- Matrona.
- TENS (Capacitado)

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.

MATERIALES

- Guantes de Procedimiento.
- Caja de curación.
- Gasas Estériles.
- Guantes estériles.
- Ampolla de suero fisiológico.
- Dispositivo para desecho.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Realice lavado de manos y reúna el equipo a utilizar trasladándolo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar (en paciente con capacidad de entendimiento). En el caso del paciente pediátrico explique a los padres o cuidador del paciente y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Coloque al paciente en posición sentado en 30 grados.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire las gasas/apósitos presentes en la gastrostomía.
- Observe el sitio de inserción de la sonda (evalúe el estado de la piel, filtración de contenido gástrico o desplazamiento de sonda).
- Retírese los guantes y realice lavado de manos con jabón antiséptico.
- Abra la caja de curación y agregue los insumos estériles a utilizar.
- Colóquese guantes estériles.
- Efectúe curación alrededor de la ostomía en forma circular de adentro hacia afuera con gasas humedecidas con suero fisiológico, eliminar gasa.
- Seque prolijamente con gasa estéril y cubra con gasas/apósitos estériles, fije estas con fixomull o tela de papel adhesiva.
- Fije la sonda en su parte media y distal con material de fijación. Deje extremo distal de la sonda tapada o conectado al sistema de alimentación enteral.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Cumpla normativa de la U.C.I.A.A.S.
- Dé aviso inmediato al médico tratante en caso de filtración, obstrucción o desplazamiento.
- Procure no traccionar la sonda (puede provocar daño en la mucosa gástrica y dolor al paciente).
- Evite realizar fricción sobre la mucosa del estoma (riesgo de erosiones).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

8.18 INSTALACION DE SONDA RECTAL

OBJETIVO

- Favorecer la expulsión de gases o administrar un enema.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.

RECURSOS MATERIALES

- Elementos de protección personal.
- Sonda Rectal
- Lubricante
- Dispositivo para desechos
- Sabanilla desechable
- Toalla Nova

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar indicación médica.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realiza procedimiento con colaborador.
- Colóquese elementos de protección personal.
- Coloque al paciente en posición Sims izquierdo, con pierna flectada, con las nalgas cerca del borde de la cama.
- Coloque sabanilla desechable debajo del paciente.
- Descubra la zona anal.
- Lubrique la sonda rectal e introdúzcala unos 10 cm. Si hay resistencia al introducir la sonda, no fuerce la inserción, comuníquelo al médico.
- Si presenta hemorroides, pídale que realice el esfuerzo de defecar en el momento de introducción de la sonda para abrir el esfínter externo y realice respiraciones lentas y profundas para ayudar a relajar el esfínter.
- Deje la sonda in situ por 20 a 30 minutos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Sitúe el extremo distal de la sonda en la chata o bien deje pañal en el paciente.
- Cumplido el tiempo, retire sonda, protector y elimine en dispositivo para desechos.
- Retírese elementos de protección personal.
- Lávese las manos.
- Acomode al paciente.
- Registre el procedimiento consignando: fecha, hora, número de sonda instalada, dificultades en el procedimiento y resultados de éste.

8.19 ENEMA EVACUANTE

OBJETIVO

- Evacuar deposiciones de la parte baja del colon con fines diagnósticos, terapéuticos y/o como preparación quirúrgica.

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.

RECURSOS MATERIALES

- Elementos de protección personal.
- Set de enema desechable.
- Dispositivo para desechos.
- Sabanilla desechable.
- Toalla Nova.
- Chata.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Realiza procedimiento con colaborador.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Colóquese elementos de protección personal.
- Coloque al paciente en posición Sims izquierdo, con pierna flectada, con las nalgas cerca del borde de la cama.
- Coloque sabanilla desechable debajo del paciente
- Descubra la zona anal
- Coloque la cánula por el recto suavemente, 10 cm aproximadamente. Si hay resistencia al introducir la sonda, no fuerce la inserción, comuníquelo al médico.
- Si presenta hemorroides, pídale que realice el esfuerzo de defecar en el momento de introducción de la cánula para abrir el esfínter externo y realice respiraciones lentas y profundas para ayudar a relajar el esfínter.
- Inicie paso de la solución lentamente
- Retire el equipo una vez pasada toda la solución.
- Indique al paciente que retenga la solución entre 5 a 10 minutos en lo posible.
- Acompáñelo al baño, de no ser posible colóquelo la chata.
- Efectúe aseo genital en paciente dependiente.
- Retírese elementos de protección personal, elimine en dispositivo para desechos.
- Lávese las manos.
- Acomode al paciente,
- Registre el procedimiento consignando: fecha, hora, dificultades en el procedimiento y resultados de éste.

8.20 PROCTOCLISIS

OBJETIVO

- Evacuar deposiciones con fines terapéuticos

RESPONSABLE DE LA INDICACION

- Médico.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Enfermera Supervisora.

RECURSOS MATERIALES

- Elementos de protección personal.
- Bagenema

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Sonda Nelatón N° 22
- Vaselina líquida, agua oxigenada, agua tibia
- Lubricante
- Dispositivo para desechos
- Sabanilla desechable
- Toalla Nova
- Chata
- Fármacos según indicación médica
- Elementos para aseo genital

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar indicación médica.
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente.
- Prepare solución según indicación médica en la estación clínica de enfermería.
- Realiza procedimiento con colaborador.
- Colóquese elementos de protección personal.
- Coloque al paciente en posición Sims izquierdo, con pierna flectada, con las nalgas cerca del borde de la cama.
- Coloque sabanilla desechable debajo del paciente.
- Descubra la zona anal.
- Coloque equipo bagenema con solución preparada en portasuero.
- Lubrique la sonda rectal e introdúzcala unos 10 a 15 cm. Si hay resistencia al introducir la sonda, no fuerce la inserción, comuníquelo al médico.
- Si presenta hemorroides, pídale que realice el esfuerzo de defecar en el momento de introducción de la sonda para abrir el esfínter externo y realice respiraciones lentas y profundas para ayudar a relajar el esfínter.
- Asegure inserción de la sonda, acojinándola con apósito alrededor de ella, fijando con tela a piel.
- Inicie el paso de la solución lentamente y mantenga un goteo mínimo que asegure el paso total de la solución en tres horas si no hay otra indicación.
- Una vez pasada la solución retire el equipo junto con bolsa y elimine en depósito para desechos.
- Efectúe aseo genital si es necesario.
- Retírese elementos de protección personal.
- Lávese las manos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Acomode al paciente.
- Registre el procedimiento consignando: fecha, hora, número de sonda instalada, dificultades en el procedimiento y resultados de éste.

CONSIDERACIONES

- Vigile al paciente durante el procedimiento por eventual aparición de dolor, intolerancia, filtraciones, etc.

9. INGRESOS Y EGRESOS

9.1 BALANCE HIDROELECTROLITICO

CONCEPTOS

El Balance hídrico (BH):

Es la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente, en un tiempo determinado en horas.

Balance Hídrico (BH) es la relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales. Dado que en el volumen (hidro) se diluyen iones (electrolitos) se habla de **balance** hidroelectrolítico. El cálculo del balance hídrico de los pacientes hospitalizados es una práctica habitual en los diferentes servicios clínicos, tomando mayor relevancia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs, UCIM), pacientes que se dializan, pacientes quemados, pacientes sometidos a grandes cirugías o según indicación médica.

Ingreso: es todo volumen ingresado al organismo (todo lo que ingresa por las diferentes vías).

Egreso: es todo volumen excretado por las diferentes vías, incluyendo drenajes.

OBJETIVO

- Controlar los aportes y pérdidas de líquido en el paciente durante un tiempo determinado.
- Planear en forma exacta el aporte hídrico que remplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- Matrona.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

- Jarro graduado limpio y seco.
- Guantes de procedimiento.
- Hoja de atención diaria Enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Registre cantidad y características de cada ingreso y/o egreso que tenga el paciente al término del turno, en ítem correspondiente en la hoja de atención diaria de enfermería.
- Calcular pérdidas insensibles: peso x hora= x/2 (todos los pacientes).
- En caso de fiebre adicionar a las pérdidas insensibles basales + (6cc x Kg x hr. de fiebre).
- En caso de cirugías, agregar a las pérdidas insensibles basales:
 - TORAX Y EXTREMIDADES: 6cc x peso x horas de pabellón.
 - ABDOMEN ABIERTO: 8cc x peso x horas de pabellón.
 - CUELLO Y CABEZA: 4cc x peso x horas de pabellón.
- Efectúe la suma de cada ingreso y cada egreso (balance hídrico) por separado.
- Calcule la diferencia (ingresos–egresos= BH), además indicar si ésta es positiva o negativa.

CONSIDERACIONES

- Se aplicará según indicación médica, una vez al día en Torre Médico-Quirúrgica y cada 12 horas en UPC.
- Efectue siempre en todo paciente con NPTC
- Aplique precauciones estándar.
- Elimine fluidos corporales en red de alcantarillado.
- Jarro para medir de un solo uso

9.2 MEDICIÓN DE DIURESIS

OBJETIVO

- Llevar registro de volumen de orina con fines diagnósticos.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

- Jarro graduado limpio y seco.
- Guantes de procedimiento.
- Pechera plástica (si es necesario)

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Registro de atención diaria de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reunir el material necesario para el procedimiento, llevarlo a la unidad del paciente
- Verificar identificación del paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Realizar lavado clínico de manos.
- Colóquese los guantes de procedimiento y la pechera.
- Vacíe la orina al jarro graduado, efectúe la medición, elimínela en red de alcantarillado o deposite en recolector de orina para 24 hrs.
- Retírese y elimine los guantes.
- Lávese las manos.
- Registre cantidad y característica de la orina en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Aplique precauciones estándar.
- Efectúe medición sobre una superficie nivelada.
- Deje indicación de medición de diuresis, según norma del servicio y/o indicación.
- Si el paciente está con sonda folley, revise el capítulo: Manejo de Cateter urinario a permanencia del presente Manual.
- Cambiar jarro graduado en cada medición.

10 MANEJO DE DRENAJES

10.1 CONEXIÓN SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO CON SELLO DE AGUA

OBJETIVO

- Permitir la evacuación de aire, o fluidos corporales desde el espacio pleural.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Unidad de drenaje torácico.
- Agua bidestilada estéril.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Conector en Y, en caso de doble sistema
- Material de fijación (Tela adhesiva, Fixomull u otro).
- Tubo de silicona
- Aspiración Central.
- Caja Curación Menor.
- Caja de procedimiento.
- Guantes estériles.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Reúna el material y llévelo a la unidad del paciente.
- Asegure la privacidad del paciente
- Verifique la identificación de paciente e infórmele del procedimiento en caso de adulto.
- En caso de paciente pediátrico, verifique la identificación e informe al cuidador principal y al niño según sea la capacidad de entendimiento.
- Lávese las manos.

PREPARACIÓN DE LA UNIDAD TORÁCICA

A.- Llenado de la cámara de sellado bajo agua:

- Coloque la jeringa que acompaña al producto, tal como se indica en el cilindro de la misma.
- Llène la jeringa hasta el tope (aprox. 45cc de líquido estéril).
- Coloque la jeringa en posición vertical, por encima de la unidad Aqua-Seal, permitiendo que el líquido entre dentro de la cámara de sellado hasta la línea de 2 cm. El agua adoptará una coloración azul, indicando que dicha cámara se ha llenado correctamente.
- Deseche la jeringa y el tubo. Gire la válvula negra de la entrada de aspiración hasta la posición “close” (giro en sentido horario).
- Respete técnica aséptica durante el procedimiento.

Esto permitirá crear una protección por sello de agua y la unidad queda lista para el drenaje por gravedad.

B.- Llenado de la cámara de control de aspiración:

- Llène la cámara de control de aspiración hasta el nivel de vacío prescrito por médico, vertiendo líquido estéril directamente dentro de la abertura de acceso a la cámara de control de aspiración (Tapa blanca).
- Cierre herméticamente la cámara de control de aspiración utilizando el tapón, asegurándose que quede perfectamente cerrado.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- En caso necesario, ajuste el nivel de líquido en la cámara, agitando suavemente la unidad Aqua-Seal a fin de distribuir homogéneamente los niveles de líquido de las cámaras.
- Traslade el sistema de drenaje preparado a la unidad del paciente. Manteniendo estéril la conexión hacia el paciente.

CONEXIÓN DEL SISTEMA DRENAJE TORACICO

- Colóquese guantes estériles.
- Arme campo estéril y coloque zona distal del tubo torácico previa pincelación con alcohol al 70%
- Retire la funda protectora del conector del Aqua-Seal y conéctelo al catéter torácico. Para seguridad, fíjelo con Fixomull u otra cinta adhesiva y a su vez las conexiones al tórax del paciente.
- Conecte a la fuente de aspiración central hasta 60 cm. de agua.
- Abra la válvula negra (en sentido anti -horario) hasta que aparezca un ligero burbujeo en la cámara de control de aspiración (¼ giro).
- En caso de sobrepasar accidentalmente el llenado indicado de presión, aspire con una jeringa (sin aguja) por el acceso posterior inferior de la unidad, en caso de no tenerla, realizar aspirado con Sonda Nelatón manteniendo esterilidad.
- Mantenga el tubo de drenaje y la unidad Aqua-Seal por debajo del nivel del tórax del paciente. Mantenga la fijación del tubo al tórax del paciente dejando laxitud suficiente para que el paciente se movilice:
 - a.- Si se coloca la unidad en el suelo, girar 90 grados el soporte basal (azul), para mejorar su estabilidad.
 - b.- Si se cuelga la unidad en la cama, no girar el soporte basal. La unidad debe colgarse lo más abajo posible en relación con el nivel del paciente.
- Retírese los guantes.
- Rotule sistema de drenaje Aqua-Seal con fecha de instalación.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de Enfermería.

CONSIDERACIONES

- Mantenga al paciente semisentado.
- Evalúe cada 30 minutos la frecuencia respiratoria, mecánica ventilatoria y saturación, durante la primera hora.
- Verifique en cada acomodo y en S.O.S., la correcta fijación del catéter.

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

- No deje conexiones demasiado largas o en espiral, a fin de evitar que se produzcan acodamientos en el tubo de drenaje al paciente. Las conexiones no deben formar más de una curva.
- Verifique en forma frecuente la correcta fijación del catéter.
- Registre la cantidad drenada y marque con plumón el último nivel alcanzado, cada 24 horas o con mayor frecuencia si el volumen es mayor.
- En caso de volcamiento de la Unidad de Aqua-Seal, colocarlo lo más rápidamente posible en posición vertical, para restablecer la protección del sellado de agua, en este caso se debe cambiar a una nueva unidad.

10.1.2 CONEXIÓN SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO SIN SELLO DE AGUA (SINAPI).

- Conecte el drenaje torácico con el conector que mejor se adapte al catéter torácico (imagen 1).
- Presione el bulbo de aspiración una vez haya conectado el catéter torácico al drenaje sinapi.
- El bulbo debe re-expandirse, confirmando así el drenaje de aire/liquido de la cavidad pleural.
- Si necesita aspiración continua, regule la válvula a la presión requerida. (imagen 2)
- Conecte el tubo de succión a la aspiración de pared.
- Aumente progresivamente la aspiración de pared hasta que el fuelle rojo alcance la presión indicada.

Control y vaciado del drenaje:

- Registre la cantidad utilizando la superficie blanca para marcar los niveles de volumen drenado por hora (imagen 3).
- Incline el drenaje sinapi para registrar de forma más precisa los volúmenes más pequeños.
- Vaciar antes de la capacidad máxima de volumen. Para ello, desconecte la aspiración y abra la llave de paso. Registre.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289



Imagen 1



Imagen 2



10.2. RETIRO DE DRENAJE TORÁCICO

- Es procedimiento exclusivamente médico.

10.3. MEDICIÓN DE DRENAJE TUBULAR A RECOLECTOR PASIVO (HEIMLICH, SIMPLE).

OBJETIVO

- Medir la cantidad y características de líquido drenado por sonda localizada en la vía biliar o en cavidad abdominal.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

- Guantes de procedimiento.
- Jarro graduado limpio y seco.
- Bolsa plástica.
- Jeringa estéril de 50 cc.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente e infórmele del procedimiento en caso de adulto. En caso de paciente pediátrico, verifique la identificación e informe al cuidador principal y al niño, según sea la capacidad de entendimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Clampee la zona distal de la conexión tubular.
- Abra la salida del recolector y vacíe el contenido al jarro graduado, sin contaminar el recolector.
- Deje el recolector cerrado.
- Desclampee la conexión tubular.
- Mida el contenido y elimínelo en red de alcantarillado.
- Retírese y elimine guantes.
- Lávese las manos.
- Registre cantidad y características del líquido drenado en la hoja de atención diaria de enfermería.

10.4 MEDICIÓN DE DRENAJE TUBULAR PASIVO (PENROSE).

OBJETIVO

- Drenar secreción desde una cavidad hacia el exterior.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

- Guantes estériles
- Bolsa plástica.
- Materiales de curación (según lo señalado en curación de drenaje).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Siga la descripción de la técnica: curación de herida con drenaje.

CONSIDERACIONES

- Se recomienda humedecer con suero fisiológico el apósito que cubre el drenaje, con el fin de evitar el retiro accidental.
- Se debe avisar a Médico tratante, en caso de desplazamiento o retiro accidental de drenaje Penrouse.
- En caso de indicación de reinstalación de Penrouse, se debe utilizar un nuevo drenaje.

10.5. MEDICIÓN DE DRENAJE A RECOLECTOR ACTIVO (HEMOSUC Y JACKSON PRAT)

OBJETIVO

- Medir y observar características del fluido drenado, producto de una intervención quirúrgica.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico

OPERADOR

- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

MATERIALES

- Guantes de procedimiento.
- Jarro graduado.
- Jeringa de 20 cc estéril
- Bolsa plástica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente e infórmele del procedimiento en caso de adulto. En caso de paciente pediátrico, verifique la identificación e informe al cuidador principal y al niño, según sea la capacidad de entendimiento.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Clampee conexión proximal con dispositivo del Hemosuc o Jackson Prat.
- Abra salida del contenedor y vacíelo en el jarro graduado.
- Cierre la salida, abra pinza y deje drenaje aspirativo o caída libre, según indicación médica.
- Observe y mida el contenido obtenido.
- Retírese y elimine guantes de procedimiento.
- Retire y ordene el equipo.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre cantidad y características del drene en hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Mida cada 24 horas, en S.O.S. o según indicación médica.
- Vigilancia permanente, las primeras 24 horas post-operatorio, si el drene es menor de 50 cc, realice la medición con jeringa.
- Si el contenedor tiene indicación de mantenerse aspirativo, compruebe en forma periódica ésta condición, corrija si es necesario utilizando el mismo procedimiento de medición.
- Elimine el contenido drenado en la red de alcantarillado.
- Al realizar la medición no contamine la salida del drenaje.

10.6. CONEXIÓN DRENAJE BABCOCK A ASPIRACIÓN CENTRAL

OBJETIVO

- Permitir la salida de exudados a través de un drenaje.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de enfermería.
- TENS (colaborador).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de Curación
- Guantes estériles.
- Antiséptico normado por U.C.I.A.A.S.
- 2 Canister.
- 2 Receptal.
- 2 Tubos de silicona.
- Aspiración central.
- Conector Sims.
- Reloj de vacío.
- Guantes de procedimiento.
- Gasas estériles.
- Pecheras desechables.
- Jarro graduado.
- Bolsas plásticas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica.
- Reúna el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente e infórmelo del procedimiento en caso de adulto.
- En caso de paciente pediátrico, verifique la identificación e informe al cuidador principal y al niño, según sea la capacidad de entendimiento.
- Introduzca los receptal en cada canister, según las indicaciones del fabricante.
- Colóquese pechera plástica, abra la caja de curación y deposite sobre ella los insumos estériles.
- El colaborador conecta el sistema canister a aspiración central mediante un tubo de silicona, añadiendo el 2º canister con el objeto de proteger el reloj de aspiración y la red de aspiración central.
- El Colaborador retira el guante protector del drenaje babcock y mide el débito, eliminándolo posteriormente a la red de alcantarillado.
- El Operador se coloca guantes estériles, pincela con alcohol al 70%, el extremo de la sonda relató y la conecta al conector Sims y éste a un tubo de silicona.
- Posicione la perilla del reloj de regulador de vacío en posición “regular”, y la aguja inferior en 40 mm Hg como nivel máximo.
- Verifique que el sistema funcione adecuadamente.
- Retírese la pechera y los guantes.
- Acomode al paciente.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Ordene el equipo.
- Lávese las manos (ejecutor y colaborador).
- Registre el procedimiento, calidad y cantidad del contenido del guante en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- El sistema de drenaje babcock funciona correctamente cuando: hay salida de drene hacia el receptal.
- Se escucha el murmullo de la aspiración a nivel de contacto entre la sonda nelatón y el tubular.
- Informe cuando la sonda nelatón esté obstruida, desplazada o el fluido drena a través de los apósitos o por el tubular.
- Cambie el receptal una vez que su contenido haya alcanzado $\frac{3}{4}$ de su capacidad, elimine en una bolsa de plástico y posteriormente elimínela en el basurero de residuos especiales.

10.7. RETIRO DE DRENAJE

OBJETIVO

- Cumplir indicación médica.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico tratante.
- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verifique la indicación médica.
- Reúna el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Asegure la privacidad del paciente.
- Verifique identificación del paciente e infórmele del procedimiento en caso de adulto.

En caso de paciente pediátrico, verifique la identificación e informe al cuidador principal y al niño, según sea la capacidad de entendimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire apósitos que cubren el drenaje y elimínelos.
- Clampee el drenaje (para evitar reflujo del contenido).
- Lávese las manos.
- Abra la caja de curación y deposite los materiales.
- Colóquese guantes estériles.
- Pincele con Clorhexidina alrededor del sitio de inserción del drenaje y desde proximal a distal.
- Retire punto de fijación (con tijera o bisturí estéril).
- Retire drenaje con movimiento firme y continuo con ayuda de las pinzas de la caja de curación.
- Verifique la salida completa del drenaje.
- Realice curación de piel circundante al sitio de inserción, según técnica de curación plana.

CONSIDERACIONES

- **Drenaje Jackson Prat:** Solicite al paciente inspirar profundo y contener la respiración para el retiro de la última porción del drenaje.
- Si el retiro del drenaje es dificultoso, no intente forzar el procedimiento y dé aviso inmediato al Médico Tratante.
- Si sospecha que el drenaje no ha sido retirado completamente, dé aviso inmediato al Médico tratante.

11. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

OBJETIVO

- Aplicar la técnica correcta de realización de un electrocardiograma.
- Contribuir a un buen diagnóstico, tratamiento médico y planificación de cuidados de enfermería.

RESPONSABLE DE LA SUPERVISION

- Profesional de enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de enfermería.
- Matrona.
- TENS.

BAJO SUPERVISIÓN

- Alumnos de Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos TENS de Escuela de Sanidad y/o Instituto Profesional.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

MATERIALES

- 1 bandeja o carro.
- Electrodo y pinzas de conexión.
- Gel conductor.
- Alcohol al 70%
- Recortador de vello, de ser necesario.
- Electrocardiógrafo con papel de registro.
- Toalla absorbente.
- Bolsa plástica.
- Tórculas de algodón.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica en la hoja de atención diaria de enfermería.
- Lávese las manos.
- Reúna los materiales y diríjase a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y edúquelo respecto al procedimiento (solicítele que esté relajado, sin moverse y que no hable durante el examen).
- Solicite al paciente que se retire reloj u objetos metálicos que puedan generar interferencia.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Ubique al paciente decúbito supino sobre una camilla o cama.
- Despeje la ropa del paciente, de modo que quede expuesto el tórax, abdomen, muslos y extremidades.
- Encienda el electrocardiógrafo.
- Aplique gel conductor en la placa metálica de las pinzas que colocará en las extremidades del paciente (un total de 4 pinzas), no instale las pinzas en prominencias óseas, conecte y ajuste cada electrodo (cable) a su correspondiente pinza, cada electrodo debe estar ubicado en la cara interior de extremidades superiores e inferiores.
- Ubique cada electrodo de la siguiente manera:
 - **Cable RA:** brazo derecho (Right arm).
 - **Cable LA:** brazo izquierdo (Left arm).
 - **Cable RL:** pierna derecha (Right leg).
 - **Cable LL:** pierna izquierda (Left leg).
- Coloque los electrodos del tórax, conecte cada electrodo (cable) a una pera de goma, aplique gel conductor a cada pera antes de fijar a la piel del paciente. Ubique cada electrodo de la siguiente forma:
 - **Cable V1:** Cuarto espacio intercostal en el borde esternal derecho.
 - **Cable V2:** Cuarto espacio intercostal en el borde esternal izquierdo.
 - **Cable V3:** Entre V2 y V4.
 - **Cable V4:** Quinto espacio intercostal en la línea media claviclar.
 - **Cable V5:** Línea axilar anterior izquierda horizontal de V4.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- **Cable V6:** Línea axilar media izquierda horizontal de V4.

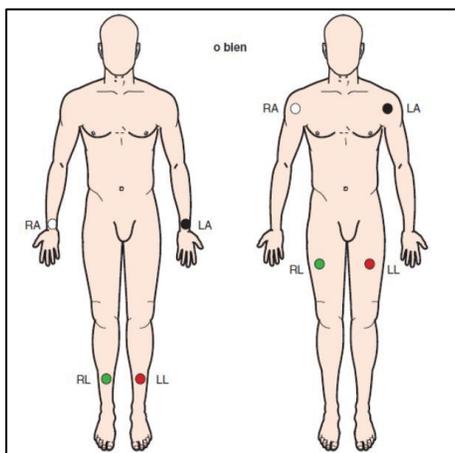


Figura N°7

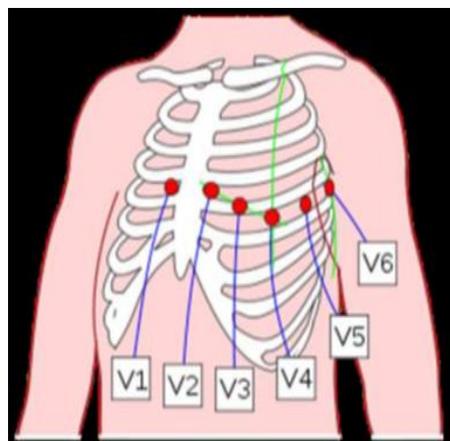


Figura N°8

Figura N°7: Ubicación de electrodos en extremidades. Figura N°8: Ubicación de electrodos en tórax (derivativas precordiales).

- Una vez colocados todos los electrodos, verifique la programación del electrocardiógrafo (velocidad 25 mm/seg.) e inicie trazado.
- Verifique que aparezcan las 12 derivaciones de buena calidad en el papel de trazado (se sugiere tomar 2 trazados).
- Apague el electrocardiógrafo.
- Retire los electrodos y limpie con toalla absorbente el gel conductor de la piel.
- Acomode al paciente, indíquele que se coloque la ropa o asístalo de ser necesario.
- Retire con una toalla absorbente el gel conductor de pinzas y peras, luego desinfecte con tórula con alcohol al 70%, ordene y guarde el electrocardiógrafo y accesorios.
- Registre en el papel de trazado los siguientes datos del paciente: Nombre y dos Apellidos, R.U.T., edad, fecha y hora.
- Registre la toma del ECG en hoja de registro de exámenes.

CONSIDERACIONES

- Aplique precauciones estándar.
- Si el paciente está con precauciones de aislamiento de contacto, proteja el electrocardiógrafo con bolsa de plástico previo realizar el examen en la unidad del paciente, realizado el electrocardiograma, desinfecte el electrocardiógrafo y accesorios con el desinfectante indicado según Guía Precauciones de aislamiento de la U.C.I.A.A.S.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si el paciente presenta vello, realice recorte de este en la zona en donde se instalarán los electrodos.
- Si la piel del paciente está sudorosa u oleosa, seque con toalla absorbente, previo a colocar los electrodos.
- Si el paciente tiene una o más de sus extremidades amputadas, coloque la pinza con el electrodo al nivel del muñón. Si el paciente no tiene muñón aplique el electrodo sobre el tronco lo más próximo posible a la extremidad amputada.
- Si el paciente tiene la extremidad escayolada aplique el electrodo lo más cercano a proximal del tronco.

12. TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS

OBJETIVO

- Reducir e inmovilizar una fractura de extremidad inferior que requiera una fuerza de tracción de 1 a 4.5 kg. de peso, para conservar la alineación adecuada del hueso y aliviar el dolor.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Set de tracción de partes blandas desechable.
- Acolchado ortopédico.
- Vendas elastomull de 12 cm. de ancho (adulto).
- Pesas.
- Piola.
- Jabón neutro (en el caso de un baño preoperatorio, utilizar jabón antiséptico).
- Alza ropa.
- Colchón antiescaras.
- Arco de tracción.
- Polea.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

INSTALACIÓN DE LA TRACCIÓN:

- Verifique indicación médica
- Realice lavado de manos.
- Reúna el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
- Preséntese, salude y verifique identificación del paciente.
- Explíquelo el procedimiento.
- Prepare la piel, lávela con jabón, enjuague y seque prolijamente (secado a toques).
- Solicite al colaborador que traccione la extremidad desde el tobillo.
- Coloque acolchado ortopédico, desde la base de los ortijos hasta dos traveses de dedos por sobre la rodilla.
- Ubique cintas de tracción en zonas laterales de la extremidad.
- Centre la zona de apoyo en la planta del pie, dejando unos 5 cm. libres, para permitir el movimiento de la articulación del tobillo.
- Comience el vendaje desde el tobillo con 2 vueltas iniciales para asegurar las cintas de tracción, hasta 2 traveses de dedos sobre la rodilla. (el vendaje al nivel de hueso poplíteo debe ser suave).
- Complete la tracción, ensamblando con suavidad la cuerda en la polea y descuelgue con suavidad el peso indicado por el médico (según contextura del enfermo).

VERIFIQUE QUE:

- Las cuerdas de tracción pasen por el centro de la ranura de cada polea y no estén en contacto con la cama.
- Los nudos estén seguros y queden a más de 2,5 cm. por debajo de la polea. El peso sea el indicado por el médico tratante.
- Mantenga el cuerpo del paciente bien alineado, para favorecer la contra tracción.
- Acomode al paciente, coloque cabecera de la cama al punto
- de contra tracción (cabecera y pies a igual altura) y deje con alza ropa.
- Ordene equipo.
- Lávese las manos
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

MANEJO DE TRACCIÓN:

- Valore la extremidad del paciente para detectar eventuales complicaciones derivadas de la inmovilidad, como flebotrombosis o lesiones cutáneas.
- Retire la tracción al menos 2 veces al día y en S.O.S., para examinar la piel, por riesgo de epidermólisis.
- Lubrique y coloque nuevamente la tracción.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Tenga la precaución de no desvendar, corte el vendaje para evitar el movimiento de la articulación.
- Asegúrese que cuando el paciente se mueva o cambie de posición, las pesas queden colgando libremente y compruebe frecuentemente la eficacia mecánica del montaje.
- No retire ni levante las pesas al realizar algún procedimiento, al liberar la tracción en forma brusca provoca violentas contracciones musculares agravando la lesión y desplazando los fragmentos del hueso fracturado.

CONSIDERACIONES

- Efectúe, frecuentemente, examen neurovascular en ambas extremidades.
- Observe aparición de edema por exceso de tensión en el vendaje.
- Fomente ejercicios en extremidad sana.
- Coloque chata, tipo cuña, por el lado de la cadera no afectada.
- Mantenga tracción bien alineada y con el peso correspondiente.
- Observe que las pesas no toquen en la cama o el arco de tracción.
- Mantenga cama libre de pliegues.
- Observe la existencia de problemas circulatorios, como várices o lesiones cutáneas;
- Registre todo el procedimiento.
- Evite compresión en zona plantar, para evitar secuelas neurológicas, manteniendo 5 cm. libres entre la tracción y ésta zona.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.

13. MOVILIZADOR PASIVO DE EXTREMIDADES INFERIORES

OBJETIVO

- Facilitar el movimiento precoz y aumentar la flexión de la articulación post cirugía.

RESPONSABLE EJECUCIÓN:

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- Kinesiólogo.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

- Máquina movilizador pasivo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica (grados de flexión y extensión, frecuencia de aumento de grados, intervalos de tiempo).
- Lávese las manos.
- Lleve el movilizador pasivo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo, deje los grados de flexión y frecuencia según indicación médica.
- Coloque la extremidad sobre el dispositivo, cuidando que:
 - La parte inferior del glúteo se encuentre enfrente del soporte femoral.
 - La rodilla esté directamente en el centro del marco justo sobre la articulación de la máquina.
 - La planta del pie esté completamente apoyada en la placa de apoyo
- Aplique las tiras de seguridad con velcro sobre la extremidad, compruebe que no interfieren con el montaje y funcionamiento del equipo.
- Ajuste los grados de flexión y extensión indicados y la velocidad de funcionamiento.
- Encienda el equipo.
- Valore la tolerancia del paciente al movilizador.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

OBSERVACIONES

- Valore la tolerancia del paciente periódicamente.
- Eduque al paciente y familia que en caso de no tolerar la acción del movilizador dé aviso inmediato al equipo de enfermería.
- Insistir al paciente que use este sistema de movilización pasiva lo más que pueda y tolere.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE I.A.A.S.

- Aplique precauciones estándar.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

14. CURACIONES

14.1 CURACIÓN PLANA

Definición: Curación simple que se realiza en herida limpia, las que cicatrizan por primera intención con bordes definidos (Ej. herida quirúrgica).

OBJETIVOS

- Valorar la evolución de la herida.
- Favorecer la reepitelización y cicatrización de la herida.
- Aislar la herida o incisión quirúrgica de microorganismos patógenos.
- Proteger herida o incisión de agentes físicos dañinos externos.
- Evitar complicaciones de la herida (cicatriz hipertrófica, queloide, etc.).

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermera Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación.
- Solución antiséptica normada por U.C.I.A.A.S. (Clorhexidina 2%).
- Suero fisiológico 0.9%
- Guantes de procedimientos.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Apósitos estériles (si es necesario).
- Bolsas plásticas
- Material de fijación (tela adhesiva hipoalergénica de papel, fixomull, apósito adhesivo transparente).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire apósitos secundarios, valore las características del exudado (color, olor, calidad y cantidad), elimínelos en bolsa plástica.
- Retírese los guantes de procedimiento y lávese las manos con jabón antiséptico.
- Abra caja de curación y coloque insumos a utilizar.
- Realice técnica aséptica, colóquese guantes estériles y retire con pinza estéril, las gasas en contacto directo a la herida operatoria, si es necesario humedezca gasas con suero fisiológico para facilitar el retiro de estos.
- Observe la herida en busca de probables signos de infección. (enrojecimiento, exudado mal olor, induración de tejidos, edema, calor local).
- Si hay restos hemáticos en la herida, limpie con gasa con suero fisiológico por arrastre desde lo más limpio a lo más contaminado (desde el centro de la herida hacia zona circundante), deseche gasa.
- Pincele con gasa con antiséptico, utilizando la misma técnica mencionada anteriormente.
- Cubra la herida con apósito tradicional, fíjelo con tela adhesiva.
- Retírese los guantes.
- Retire, ordene el equipo y elimínelo, según norma I.A.A.S.
- Lávese las manos
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

OBSERVACIONES

- El retiro de las telas adhesivas y el apósito debe ser adecuado, para prevenir las lesiones de la piel relacionadas con adhesivos médicos (MARSÍ). Por lo anterior, se recomienda aplicar protector cutáneo previo a la tela adhesiva. Y para retiro de la tela o apósito adhesivo transparente, utilice la técnica de remoción “bajo y lento” desprendiendo el apósito o tela adhesiva en dirección al crecimiento del vello.
- Proteja la herida que ha sido cerrada con cierre primario, con curación estéril por 48 horas.
- La periodicidad de la curación estará dada por el tipo y condición de la herida.
- Los apósitos deben cambiarse sólo si están manchados, sueltos, húmedos o se sospecha infección del sitio quirúrgico y/o indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

14.2 CURACIÓN IRRIGADA

Definición: Es una curación no tradicional, que por medio del lavado o irrigación de la herida o úlcera, se barre en forma mecánica agentes contaminantes que puedan desencadenar una infección, se debe utilizar solución salina o Ringer Lactato. Este procedimiento es el más adecuado para heridas contaminadas e infectadas o zonas de difícil acceso, cuyo propósito es co-ayudar a la reepitelización y cicatrización normal de la herida.

Existen distintas técnicas para realizar este fin, tales como:

- Lavado con jeringa y aguja.
- Ducho-terapia.

OBJETIVOS

- Eliminar por arrastre mecánico, los agentes contaminantes que puedan actuar como fuentes de infección
- Favorecer la reepitelización y cicatrización normal de la herida.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

- Caja de curación mayor.
- Caja de procedimiento.
- Guantes de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Bolsas plásticas.
- Suero fisiológico o Ringer Lactato.
- Antiséptico normado por U.C.I.A.A.S.
- Jeringa de 20 cc o 50 cc, con aguja 21 g o 19.
- Pechera desechable.
- Gasas y apósitos estériles.
- Tela adhesiva.
- Protector de cama (sabanilla desechable).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Colóquese pechera y guantes de procedimiento.
- Retire apósitos secundarios, valore las características del exudado (color, olor, calidad y cantidad), elimínelos en bolsa plástica.
- Retírese los guantes de procedimiento y lávese las manos con jabón antiséptico.
- Abra caja de curación y coloque insumos a utilizar.
- Lávese las manos, con jabón antiséptico.
- Ordene el equipo a usar: abra caja de curación y procedimientos, disponga de insumos estériles y soluciones.
- Colóquese guantes estériles.
- Retire gasas adheridas a la herida, con una pinza (si las gasas se encuentran adheridas a la herida, humedézcalas con suero fisiológico y deséchela en bolsa plástica).
- Pincele los bordes de la herida con solución antiséptica.
- Coloque bandeja de procedimiento o riñón estéril, bajo el sitio de irrigación:
 - **Con jeringa y aguja:** utilizando jeringa cargada con suero fisiológico tibio o Ringer lactato.
 - **Con matraz de suero:** realice con una aguja (19 o 21), 20 o 30 orificios a un matraz de suero (Cloruro de Sodio 0.9% o Ringer Lactato), previa desinfección del matraz con alcohol al 70%.
- Proceda a irrigar la zona, hasta obtener un drene claro.
- Presione los bordes de la herida, para retirar restos de exudado y/o líquidos irrigados.
- Limpie, seque los bordes de la herida con gasa estéril.
- Cubra con apósitos primarios y secundarios según características de la herida.
- Fije apósitos; tela adhesiva, fixomull, etc.
- Retírese los guantes.
- Retire, ordene el equipo.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento y hallazgos en hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Recuerde que este procedimiento, debe realizarse idealmente con un colaborador.
- Si es necesario tomar una muestra para cultivo, debe hacerse posterior al lavado de la herida. Si hay signos de infección, regístrelo en la hoja de atención diaria de enfermería, notifique al médico tratante y a la U.C.I.A.A.S.
- La solución a utilizar para irrigar debe ser tibia, debido a que la temperatura fría produce vasoconstricción, esto impide la llegada de nutrientes para la reepitelización y cicatrización de la piel.
- Para irrigar, la presión debe ser la necesaria para no eliminar tejido de granulación, ni aumentar la lesión por destrucción del tejido. Se consideran presiones seguras 3,5 kg/cm² (duchoterapia) y 2,5 kg/cm² (jeringa con aguja).

14.3 CURACIÓN DE HERIDA CON DRENAJE

OBJETIVO

- Prevenir y pesquisar complicaciones de la herida y drenaje.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación.
- Guantes estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Gasas estériles.
- Apósitos estériles.
- Solución antiséptica normada.
- Material de fijación, para apósitos y drenaje.
- Frasco graduado.
- Bolsa plástica para desechos.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Colóquese guantes de procedimiento y retire apósitos de la herida y alrededor del drenaje: Valore estos, características de la herida, cantidad y calidad del exudado en el drenaje (color, olor, calidad y cantidad), elimínelos en bolsa plástica.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Abra el equipo de curación y disponga insumos a utilizar en el interior de este.
- Colóquese guantes estériles.
- Realice curación de la herida operatoria, según norma, según lo señalado en el punto 14.1 Curación plana.
- Con otra gasa estéril pincele la zona de contrabertura del drenaje, con antiséptico normado, deje secar (tiempo de acción Clorhexidina: 2 minutos).
- Proteja la zona de inserción, con gasa y/o apósito y fije con tela adhesiva o fixomull.
- Observe características del líquido drenado, mida el contenido (si procede) y elimine a red de alcantarillado.
- Retírese los guantes.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento y características de la herida en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Si existe extravasación de fluidos, a través del sitio de inserción del drenaje, realice curación las veces que sea necesario, con el fin de mantener la piel sin contacto con fluidos orgánicos, informe al médico tratante.
- Si los bordes del sitio de inserción del drenaje presentan fluidos corporales, limpie con gasa con suero fisiológico y seque, luego aplique el antiséptico tópico.
- Aplique protector cutáneo en spray en piel circundante en caso necesario.

GUÍAS DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Realice primero curación de herida operatoria y luego del sitio de inserción del drenaje.
- Deje cubierta de forma independiente la herida operatoria y la zona de inserción del drenaje, con gasa estéril (agregar a lo anterior apósito estéril, dependiendo de la cantidad de exudado que libere la herida).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

14.4 CURACIÓN AVANZADA

Es un procedimiento que se realiza limpiando la piel y la herida o úlcera con solución fisiológica o Ringer Lactato, o aplicando limpiador de heridas como Prontosan o Vashe. Dejando como cobertura primaria un apósito bactericida, bacteriostático, hidratante o regenerador. La frecuencia de la curación depende de las condiciones de la lesión y del apósito elegido.

OBJETIVO

- Eliminar gérmenes contaminantes y favorecer la cicatrización de la herida.
- Minimizar el tiempo de tratamiento de la herida o lesión

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (que esté capacitado y según normativa local del servicio, de lo contrario sólo como colaborador).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación mayor.
- Guantes de procedimiento.
- Pechera desechable, en caso de ser necesario.
- Guantes estériles.
- Solución fisiológica o Ringer Lactato.
- Jabón de Glicerina o Ph5 / Jabón de clorhexidina 2% o 4%.
- Apósitos avanzados, según necesidad.
- Gasas y apósitos estériles.
- Bolsas plásticas.
- Vendas (opcional).
- Tela de papel adhesiva hipoalergénica o fixomull.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Acomode al paciente y coloque protector de cama (bolsa plástica o sabanilla desechable)
- Colóquese pechera y guantes de procedimiento.
- Descubra la herida y observe las características del exudado color, olor, cantidad y aspecto.
- Retírese guantes de procedimiento.
- Lávese las manos con jabón antiséptico
- . Colocar nuevamente guantes de procedimiento y realizar lavado de la piel que puede ser con:
 - Jabón de Clorhexidina 4%
 - Jabón neutro o Ph5
- En ambos casos se debe realizar duchoterapia, luego aplicar el jabón con movimientos circulares sobre la piel húmeda, haciendo espuma. Posteriormente lavar con duchoterapia.
- Abra caja de curación, agregue los insumos a utilizar.
- Examine la herida y elija el tamaño adecuado del apósito interactivo, en caso necesario.
- Colóquese los guantes estériles.
- Coloque la bandeja o riñón estéril por debajo del sitio a irrigar (si corresponde).
- Si va a utilizar limpiador de heridas, debe echarlo previamente en la copela para luego empapar las gasas y aplicarlo en la úlcera. Prontosan debe actuar por 10 minutos, Vashe por 5 minutos.
- Seque la piel, alrededor de la lesión, con gasas estériles (a toques).
- Coloque apósito primario elegido.
- Cubra con apósitos secundarios según necesidad.
- Deseche el material, según norma.
- Retire y elimine los guantes y pechera.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento y características de la herida en la hoja de atención diaria de enfermería.

14.5 CURACIÓN DE INJERTO

OBJETIVOS

- Favorecer el proceso de cicatrización de la herida.
- Prevenir complicaciones de zona dadora e injertada.
- Evaluar la evolución de la zona injertada y dadora.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico Cirujano.
- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermera Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación.
- Guantes estériles.
- Guantes de procedimiento.
- Gasas y apósitos estériles.
- Venda elastomull (opcional).
- Tull con petrolato o parafinado y/o vaselina estéril.
- Suero fisiológico.
- Antiséptico indicado por normativa I.A.A.S.
- Bolsa plástica.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Lávese las manos.
- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Acomode al paciente y coloque protector de cama (bolsa plástica o sabanilla desechable)
- Colóquese guantes de procedimiento y retire sólo apósitos secundarios.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Abra caja de curación y coloque materiales a utilizar.
- Colóquese guantes estériles e irrigue con suero fisiológico y proceda a retirar las gasas, suavemente (bajo indicación médica).
- **Si el injerto está adherido en un 100%:** pincele los bordes con antiséptico y cubra con tull con petrolato o parafinado, o vaselina estéril o dejar al descubierto, según indicación médica.
- **En injerto con zona donante:** irrigue con suero fisiológico cuidadosamente. No retirar gasa parafinada, solo pincelar sobre esta con povidona. (sólo se debe retirar si médico tratante lo indica).
- Cubrir con gasas, apósitos estériles y venda elastomull, según corresponda

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Fije con tela micropore o fixomull, según indicación médica.
- Retire y ordene el equipo.
- Acomode al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento, más características y condiciones de zona injertada y dadora en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- La primera curación la efectúa el cirujano, a partir del quinto día. Post injerto, zona dadora y receptora décimo día.
- Mantenga la extremidad injertada, elevada con 30°.
- Mantenga al paciente con alza ropa.
- No descubrir zona injertada ni zona dadora, sin la indicación del médico tratante.

14.6 CURACIÓN DE QUEMADURA

OBJETIVOS

- Disminuir el riesgo de infección.
- Favorecer el proceso de cicatrización de la herida.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación mayor.
- Caja de procedimiento.
- Guantes de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Gasas y apósitos estériles.
- Apósitos de quemado.
- Venda elastomull (opcional).
- Suero fisiológico estéril.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Apósito interactivo a elección (Tull de petrolato/Telfa/tull de silicona)..
- Mascarilla y gorro desechable (Quemadura de gran extensión).
- Pechera plástica.
- Material de fijación.
- Paquete de ropa estéril (Gran quemado).
- Bolsas plásticas.
- Ropa de cama estéril (Gran quemado).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Colóquese pechera, gorro, mascarilla y guantes de procedimiento.
- Retire cuidadosamente los vendajes y apósitos, irrigue con suero fisiológico, de ser necesario. Evalúe dolor según lo indicado en consideraciones del procedimiento.
- Retírese los guantes de procedimiento.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Colóquese ropa y guantes estériles.
- Indique a colaborador, que prepare caja de curación, gasas y apósitos, que va a utilizar
- Proceda a retirar gasas y gasa parafinada adherida, el que se debe humedecer, previamente, con suero fisiológico tibio.
- Irrigue la zona quemada, con suero fisiológico tibio.
- Seque con gasas estériles con toques suaves, alrededor de la lesión.
- Coloque como apósito primario: telfa o tull parafinado o con petrolato, según indicación del Médico Cirujano.
- Cubra con apósitos secundarios: gasas, apósitos estériles, manteniendo posición anatómica de la extremidad o zona afectada, para evitar una cicatrización disfuncional.
- Deseche el material, según norma.
- Retírese los guantes, ropa estéril y pechera. Deposite la ropa sucia en bolsa plástica, según norma.
- Acomode al paciente.
- Confeccione cama, con ropa estéril, de ser necesario (paciente con áreas cruentas al descubierto).
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES

- Recuerde que este procedimiento, debe realizarse con colaborador.
- Para el manejo del dolor, verifique la indicación médica de analgesia y administración correspondiente, previa a la realización del procedimiento.
- La curación de quemadura en cara, siempre debe quedar al descubierto, mantener al paciente semisentado.
- La curación de quemadura en tronco y extremidades, debe ser con vendaje oclusivo. El vendaje en mano y/o pie, debe mantenerse la separación interdigital y en posición fisiológica.

14.7. RETIRO DE PUNTOS O AGRAFES

OBJETIVO

- Dar cumplimiento a la indicación médica.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS (capacitado).

REONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RECURSOS MATERIALES

Carro o bandeja con:

- Caja de curación.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Bisturí o saca corchete estéril.
- Antiséptico normado por la U.C.I.A.A.S.
- Material de fijación (tela adhesiva, sutura adhesiva, apósito transparente).
- Bolsa plástica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Abra la caja de curación, deposite insumos a utilizar.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Retire apósitos y/o gasas de herida operatoria.
- Elimine los guantes de procedimiento.
- Lávese las manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Pincele herida operatoria desde proximal a distal, con antiséptico tópico.
- Retire suturas con bisturí o tijera estéril. En caso de corchetes o agrafes, retírelos con saca corchete estéril.
- Realice procedimiento descrito en: curación plana.
- Observe indemnidad de la cicatriz operatoria. Si observa dehiscencia superficial, afronte con sutura adhesiva e informe a médico tratante.
- Cubra herida operatoria con gasa estéril y apósito transparente transparente si es necesario. Si la herida se observa completamente cerrada, se deja al descubierto.
- Retírese los guantes estériles.
- Acomode al paciente.
- Retire y ordene el equipo.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de Enfermería.

14.8 MANEJO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS

OBJETIVOS

- Estimular la cicatrización de heridas.
- Preparar el lecho de la herida para el cierre.
- Reducir el edema.
- Favorecer la formación de tejido de granulación.
- Aumentar la perfusión, eliminar el exudado y los materiales infecciosos.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Versión N°: 8
	Total de páginas: 289

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería Clínico.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Médico.
- Profesional de Enfermería Supervisor.

RECURSOS MATERIALES

- Dispositivo o equipo RENASYS de presión negativa (TPN).
- Canister o receptáculo (250 ml o 800 ml).
- Espuma.
- Película protectora del apósito transparente.
- Película protectora del apósito Soft Port.
- Kit de Soft Port RENASYS
- Conector del recipiente colector.



Canister o receptáculo



Equipo RENASYS



Espuma



Películas protectoras y kit de Soft Port.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Reúna el material y trasládalo a la unidad del paciente.
- Verifique la identificación del paciente y explíquelo el procedimiento a realizar, asimismo consulte si es alérgico a antisépticos y/o dispositivos médicos a utilizar en la curación.
- Resguarde la privacidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Abra la caja de curación, deposite los insumos a utilizar.
- Colóquese los guantes de procedimiento.
- Retire apósitos del lecho de la herida.
- Retírese los guantes de procedimiento.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Realice lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colóquese guantes estériles.
- Si la herida es exudativa, irrigue con suero fisiológico, seque bordes con gasa estéril (a toques).
- Debride mecánicamente, si la herida presenta áreas de tejido desvitalizado o necrosado, limpie la herida con gasa estéril humedecida con suero fisiológico.
- Manteniendo técnica estéril, recorte la espuma para ajustarla al tamaño y forma de la herida, la esponja debe rellenar completamente el lecho de la herida.
- Después de cortar la espuma, frote los bordes, lejos de la herida abierta, para que caigan fragmentos que puedan haber quedado sueltos.
- Coloque la esponja sobre el lecho de la herida.
- Puede utilizar múltiples capas de esponja en caso de heridas más profundas o tunelizadas.
- Solicite a su colaborador que aplique protector cutáneo en piel circundante a la herida.
- Fije la espuma con la película protectora del apósito transparente. Ejercer una presión con sus dedos sobre el film transparente para generar un cierre hermético.
- Con un la tijera o bisturí estéril, corte un pequeño orificio (no menos de 2 cms. de diámetro) en el centro de la película transparente sobre la esponja. Retire los restos de película transparente suelta y eliminar.
- Retire el film protector del apósito Soft Port y alinee la apertura del Soft Port directamente sobre el orificio de la película transparente.
- Presione suavemente para adherir el Soft Port a la película transparente.
- Asegúrese de que el disco de aireación, situado cerca del conector de clic rápido, no esté cubierto u obstruido por el método utilizado para fijar el Soft Port.
- Conecte el Soft Port RENASYS a las mangueras del recipiente uniendo los conectores de clic rápido.
- Termine de aplicar el apósito de tal manera que quede firme al tacto y sin fugas.
- Prenda el dispositivo RENASYS y ajuste la presión prescrita.
- Verifique que el apósito quede firme al tacto y libre de fugas, además el equipo debe quedar conectado a la corriente eléctrica.
- Deje cómodo al paciente.
- Retírese los guantes y realice lavado de manos.
- Registre el procedimiento y características observadas de la herida en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Si el sellado se ha roto o se ha aflojado, aplique apósito adhesivo.
- La tomografía computarizada y los rayos x tienen potencial de interferir con algunos dispositivos médicos electrónicos. Cuando sea posible, retire el dispositivo del rango de alcance de los rayos X o del escáner.
- El dispositivo RENASYS está diseñado para funcionar sólo en posición vertical.
- Inspeccione filtro antibacterial en el recipiente y reemplace el recipiente según sea necesario.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique que el filtro no sufra cambios de color, presente líquido retenido o que el rendimiento del vacío no sea el apropiado.
- Los recipientes o canister no son estériles y no deben utilizarse en un campo estéril.
- Los recipientes colectores son dispositivos de uso único. **NO REUTILICE.**
- El recipiente colector debe cambiarse al menos una vez a la semana, cada vez que haya un cambio de apósito o cuando alcance su volumen máximo. No espere que la alarma de recipiente colector lleno se active para cambiarlo.
- Si el dispositivo RENASYS activa una alarma de obstrucción, inspeccione las mangueras del recipiente y del apósito para ver si están obstruidas. Si la obstrucción no puede ser identificada o resuelta, reemplace el recipiente primero, luego retire el apósito y el Soft Port, y reemplace si fuera necesario.
- Estructuras subyacentes, tales como huesos, tendones, ligamentos y nervios, deben cubrirse con tejido natural o con una capa de apósito no adherente antes de aplicar el apósito de TPN, para garantizar que estén protegidas y minimizar el riesgo de daños por contacto directo con el apósito de TPN.
- Es importante alinear el orificio de apertura del Soft Port con el orificio de la película transparente, para asegurar un buen sellado y disminuir el riesgo de una falsa alarma de obstrucción.
- El orificio de apertura del Soft Port tiene 1,5 cm de diámetro. Es importante cortar el orificio de la película transparente de un diámetro no menor que 2 cm.
- Cuando corte el orificio en la película transparente tenga el cuidado de desechar los restos de película para evitar que el Soft Port los aspire, lo que puede causar una alarma de obstrucción.
- En circunstancias normales, no debería ser necesario hacer un puente para llevar el Soft Port fuera de la herida. Si existe la preocupación de que el Soft Port pueda presionar la herida, debido a la ubicación y condición de la herida, o si la herida es menor que la apertura del Soft Port (1.5cm), utilice la técnica de puenteo.
- **Técnica de puenteo:** esta técnica se utiliza para unir dos heridas que se encuentran en estrecha proximidad y/o para colocar el Soft Port alejado de la herida. Para aplicar esta técnica, siga los siguientes pasos:
 - Proteja la piel intacta situada debajo del puente y entre las heridas con una película transparente.
 - Dos heridas pueden puentearse con material de llenado cuando estén separadas a una distancia máxima de 25 cm.
 - En heridas que tienen una superficie más grande que 25cm, considere el uso de un conector en Y.
 - Corte espuma adicional y colóquela sobre la película transparente para armar el puente.
 - Complete usando la técnica de aplicación de apósitos de TPN de apósitos de espuma, cubriendo tanto a la herida como el puente con película transparente.
 - Active la presión negativa.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
<p style="text-align: center;">Codificación M-06</p>	Total de páginas: 289



Técnica de Puenteo

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE EL USO DE ESPUMA

- La espuma debe ser cortada de tal manera que calce con holgura en el lecho de la herida
- No fuerce o comprima la espuma en cualquiera de las áreas de la herida para evitar dañar los tejidos subyacentes.
- No coloque espuma en túneles ciegos o inexplorados. Si la herida presenta un túnel de profundidad conocida, corte la espuma un poco más larga que el túnel para asegurar el contacto directo con la espuma que se encuentra en la cavidad principal de la herida.
- No corte la espuma directamente sobre la cavidad de la herida para evitar la caída de fragmentos de espuma en la herida.
- Si usa varios pedazos de espuma para rellenar la herida, cuente y registre cuántas piezas colocó para asegurarse de haber retirado todas las piezas cuando cambia el apósito.
- Los apósitos de espuma deben cambiarse cada 48 a 72 horas después de la primera aplicación de la terapia. Si no hay fuga y el paciente se siente cómodo, se debe cambiar el apósito no menos de 3 veces por semana. Las heridas infectadas pueden requerir más frecuentes cambios de apósitos.
- Si el apósito de espuma se adhiere a la herida, aplique suero fisiológico estéril normal y deje descansar durante 15 minutos antes de retirar suavemente la espuma.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PELICULA TRANSPARENTE

- No estire la película transparente para minimizar la tensión o el trauma a la piel circundante.
- La película debe extenderse al menos 5cm más allá de los bordes de la herida y estar firmemente adherida al área circundante para mantener un buen sellado.
- Superposicione los bordes de la película transparente en un mínimo de 7,5 cm si utiliza varios fragmentos.
- Cuando coloque el apósito espuma, puede preparar la piel con un apósito adhesivo transparente o un protector cutáneo, en toda la zona circundante, para mejorar la adhesividad.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

DURACIÓN DE LA BATERIA DEL EQUIPO

Tiempo de funcionamiento: ~ 30–50 hrs (terapia) cuando funcione entre 80mmHg y 120mmHg.

~ 18 horas (terapia) a 200mmHg.

14.8.1. DESCONEXIÓN DE LA UNIDAD T.P.N., DURANTE PERÍODOS CORTOS:

- Realice higiene de manos.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Apague el equipo.
- Desconectar al paciente del dispositivo y proteger ambos extremos de la manguera del Soft Port usando los tapones. Asegúrese que el disco de aireación situado cerca del conector de clic rápido esté libre de humedad antes de reactivar la terapia para asegurar la correcta funcionalidad de la alarma y prevenir la interrupción de la terapia.
- Acomode al paciente.
- Retírese guantes de procedimiento y lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.
- El tiempo que el paciente puede estar desconectado del dispositivo es una decisión clínica basada en las características individuales del paciente y de la herida.

14.8.2 CAMBIO DEL CONTENEDOR O CANISTER

- Realice lavado de manos.
- Colóquese guantes de procedimiento.
- Desconecte el tubo del contenedor, del tubo del apósito.
- Retire el contenedor de la unidad y deséchelo en bolsa plástica, esta debe ser eliminada en el contenedor de residuos de sustancias infecciosas.
- Extraiga el contenedor nuevo, de su envase e insértelo en el equipo, hasta que haga clic en su posición.
- Conecte el tubo del apósito al tubo del contenedor.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en hoja de atención diaria de enfermería.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

15. ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

VACUNAS

Definición

Inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y/o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano susceptible como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna, que puede estar constituida por un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes) con objeto de producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado.

15.1 VACUNA BCG

La descripción del procedimiento de administración de la vacuna BCG, se encuentra en el Manual de procedimientos de enfermería en el servicio de Neonatología y UPC Neonatología.

15.2 VACUNAS DE URGENCIA

TETANOS

El tétanos es una enfermedad infecciosa aguda causada por cepas toxigénicas de la bacteria *Clostridium tetani*. La enfermedad puede producirse a cualquier edad y las tasas de mortalidad son elevadas incluso cuando se dispone de cuidados intensivos. En ausencia de intervención médica, la tasa de letalidad se aproxima a 100%. Es una enfermedad infecciosa, no contagiosa, esporádica en Chile, que puede afectar a persona de toda edad, no inmunizadas mediante vacunación o con vacunación incompleta. Período de incubación: 3 a 21 días, pero el tétanos puede desarrollarse hasta 178 días después de la infección.

Medidas de prevención y control frente a heridas:

- Anamnesis sobre antecedentes de esquema de vacunación.
- Valorar el tipo de herida:
 - Herida limpia: Heridas no penetrante, con un insignificante daño tisular (erosiones).
 - Herida sucia o contaminada: Se incluyen tanto las heridas abiertas y accidentales, como también las heridas traumáticas que pueden tener tejido desvitalizado o infección clínica, independiente del agente causal, y localización.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Vacunación Profilaxis anti-tetánica

En personas que hayan sido expuestas o exista alta sospecha de exposición a esporas de *C. tetani* deben ser vacunadas según:

- Antecedentes de vacunación.
- Tipo de herida.

El esquema de vacunación debe completarse lo antes posible en el caso de quienes no hayan recibido todas las dosis del calendario, a fin de proporcionar una protección a largo plazo contra el tétanos.

Recordar:

- Personas nacidas antes de 1975, posiblemente no han sido vacunados por lo que deben recibir:
 - Vacunación antitetánica en esquema de tres dosis: 0, 1 y 7 meses.
 - Personas nacidas después de 1975, que han sido inmunizadas hasta: 8° básico (13 años): el esquema de vacunación antitetánica otorga protección durante 5 a 10 años, dependiendo del tipo de herida; sobre esos años se debe indicar 1 dosis de refuerzo de toxoide diftérico tetánico.

Profilaxis antitetánica en el tratamiento de heridas

Antecedentes de vacunación con componente antitetánico	Herida Limpia		Herida Sucia	
	Toxoide tetánico	Inmunoglobulina antitetánica	Toxoide tetánico	Inmunoglobulina antitetánica
Esquema completo y/o refuerzo hace menos de 5 años	NO	NO	NO	NO
Esquema completo y/o refuerzo entre 5-10 años	NO	NO	SI ¹	NO
Esquema completo y/o refuerzo hace más de 10 años	SI ¹	NO	SI ¹	NO
Sin antecedentes de vacuna o desconocido	SI ²	NO	SI ²	SI ³

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- (1) Vacunar con un refuerzo de toxoide tetánico. En aquellas personas que nunca han recibido dTpa, pueden recibir una dosis de esta vacuna como refuerzo, dependiendo de la disponibilidad de vacunas.
- (2) Vacunar con esquema de tres dosis: 0, 1 y 7 meses.
- (3) Una dosis de 250UI de inmunoglobulina antitetánica por vía intramuscular.

Siempre como primera elección para uso de vacuna en Profilaxis del Tétanos, se debe administrar vacuna Toxoide Diftérico Tetánico (dT).

Presentación: frasco multidosis de 5 mL, que contiene solución inyectable para 10 dosis de 0,5 mL (laboratorio SII). Dosis y vía administración: 0,5 mL. Vía intramuscular (deltoides)

Se recomienda la inmunización pasiva con inmunoglobulina antitetánica (IGT), para la profilaxis en el caso de heridas sucias en personas sin antecedentes de vacunación o desconocido.

Presentación: jeringa prellenada, que contiene solución inyectable de 250 UI (dosis de Igantet® del laboratorio Grifols). Dosis y vía administración: 250 UI inmunoglobulina antitetánica por vía intramuscular.

Registro:

La vacunación de urgencia debe ser indicada por médico tratante en DAU (ficha de registro), esta técnica de realización exclusiva del profesional de enfermería.

Se debe verificar antecedentes de vacunación en el registro nacional de inmunizaciones (RNI). Luego de la inoculación se debe realizar registro en RNI, Ficha clínica de paciente, libro de cotejo de vacunas en urgencia, educar al usuario y/o acompañante, entregar carnet de vacunación (anexo A).

15.3 VACUNA ANTIRRABICA

Encefalomiелitis vírica aguda con una letalidad en la práctica cercana a un 100%, causada por Rhabdovirus del género Lyssavirus, siendo todos los mamíferos susceptibles a la enfermedad, pero los principales responsables del mantenimiento y propagación de la infección en humanos son los carnívoros y los quirópteros (murciélagos). En los países en desarrollo el perro sigue siendo el reservorio principal. Rara vez contraen la infección los animales herbívoros, conejos, ardillas de diversos tipos. En caso de mordedura por estos animales, la necesidad de vacunación antirrábica es excepcional y en caso de duda, debe ser consultada con el Epidemiólogo o la enfermera encargada del PNI del Servicio de Salud respectivo. El análisis de riesgo ante una mordedura de cualquier animal debe hacerse caso por caso, y aunque hay algunas reglas generales de prevención, el manejo de cada caso dependerá del análisis cuidadoso del riesgo representado por diferentes factores y circunstancias presentes en cada situación individual.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Modo de transmisión

Inoculación o contacto con secreción o de tejido infeccioso del animal enfermo (saliva, tejido nervioso), a través de una mordedura o rasguño o, con heridas o aberturas de la piel como lesiones o cortes recientes. El contacto con piel intacta no es considerado una exposición, pero si el contacto con mucosas (por ej. cavidad oral, nariz, ojos). La vía aérea no representa riesgo de transmisión en condiciones normales para el público en general. Los reportes existentes de casos de transmisión por aerosol, corresponden a situaciones de alta concentración viral, tales como experimentos de laboratorio, que no se presentan en el trabajo rutinario de diagnóstico de rabia o en la vida diaria de la población.

Período de incubación

En el ser humano generalmente es de 2 a 8 semanas, 45 días en promedio, habiéndose observado excepcionalmente períodos de incubación tan cortos como de 5 días, y tan largos como 8 años. La duración del período de incubación depende, entre otros factores, de las siguientes condiciones: sitio de la inoculación, inervación del sitio de inoculación, carga viral inoculada, distancia entre el cerebro y la zona de la mordedura, y factores inmunológicos, lo que hace que la población infantil se encuentre entre las más expuestas y en mayor desventaja. El período de incubación en el perro es de 10 días a varios meses. La administración de vacuna antirrábica oportunamente interrumpe el período de incubación y exitosamente evita el cuadro clínico cuando es completado antes del inicio de síntomas.

Período de Transmisibilidad

En los perros y gatos puede variar el período de incubación de 10 días a varios meses, no obstante la excreción del virus por la saliva aparece de 2 a 5 días antes del comienzo de los síntomas clínicos y persiste hasta la muerte del animal, en esto se fundamenta la observación del animal por 10 días después de la mordedura. Este período de observación se aplica a perros, gatos y hurones. No existen períodos de observación confiables para ninguna otra especie animal.

Profilaxis post-exposición consiste en:

- Lavado y tratamiento local de la herida inmediatamente después de producirse la exposición.
- Vacunación antirrábica.

Administración de inmunoglobulina antirrábica, si está indicada.

Los factores que se deben tomar en consideración para la profilaxis post-exposición son los siguientes:

- Epidemiología del país.
- Severidad de la exposición.
- Características clínicas del animal.
- Posibilidad de observación del animal y resultados del laboratorio de rabia del ISP.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06	Versión N°: 8
	Total de páginas: 289

Personas expuestas:
Persona mordida, rasguñada o lamida en piel lesionada y/o mucosa por un animal sospechoso o diagnosticado rabioso.
Persona mordida por un animal vagabundo que desaparezca o muera posterior a la mordedura.
Persona mordida por un animal mamífero silvestre.
Persona mordida o que haya estado en contacto con murciélagos (manipulación a manos desnudas voluntaria o involuntariamente, haya entrado a lugares cerrados donde viven colonias sin usar protección respiratoria, o presencia de murciélagos en habitación ¹)

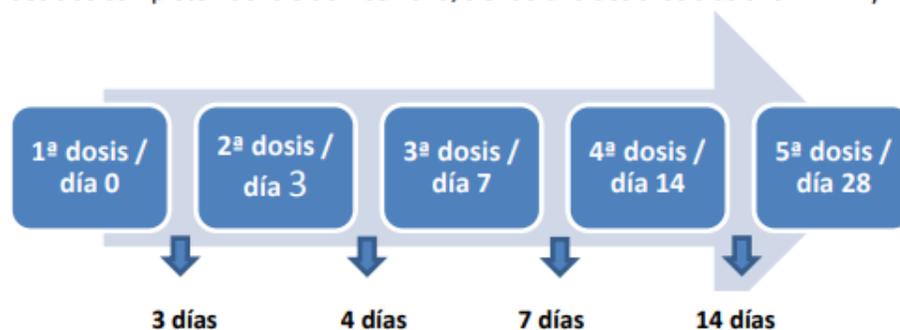
¹ El fundamento está relacionado con que la mordida del murciélago no siempre es perceptible (sobre todo mientras la persona duerme), por lo que las personas no refieren haber sido mordidas, sin embargo, muchos casos que reportan esta situación terminan desarrollando la enfermedad.



La profilaxis post-exposición (tratamiento con inmunoglobulina y vacunación) es gratuita en los establecimientos públicos y privados en convenio.

2.2.2 Esquema de vacunación e intervalo entre dosis:

Día 0 es el día de administración de la primera dosis de la vacuna. Es importante que las tres primeras dosis se completen dentro de 1 semana, siendo una dosis los días 0 -3 -7 -14 y 28 (total 5 dosis):



Espacio de tiempo indicado entre una dosis y otra

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

2.2.3 Esquema de vacunación 2-1-1 (Zagreb):

Se puede usar en aquellos casos en que la vacunación se comienza en forma tardía (más de 7 días desde la mordedura) o cuando la exposición es masiva a un animal identificado como rabioso.

Esquema de vacunación antirrábica abreviado	
Día 0	2 dosis, usando el deltoides izquierdo y derecho
Día 7	1 dosis
Día 21	1 dosis

2.2.4 Abandono de Tratamiento:

Se considera abandono de tratamiento, hasta un año de interrumpida la serie de dosis. Esquema a seguir para reiniciar tratamiento interrumpido.

Nº de dosis recibidas	Dosis a completar
1ª	2ª, 3ª, 4ª, 5ª
2ª	3ª, 4ª, 5ª
3ª	4ª, 5ª
4ª	5ª

Ejemplo: Si la persona abandonó el tratamiento con su 1ª dosis colocada, y consulta meses después para completarlo, corresponde continuar el tratamiento colocando la 2ª dosis inmediatamente; y debe ser citado a recibir la 3ª dosis cuatro días después; la 4ª dosis debe ser recibida siete días después de la 3ª y la 5ª dosis catorce días después de recibida la 4ª.

Vía administración de vacuna: Vacunas antirrábicas son producidas como monodosis para inyección intramuscular. La reconstitución de las vacunas CCEEVs es con 0.5 o 1 mL de solvente en una dosis intramuscular con una potencia $\geq 2.5\text{UI/dosis}$, que puede ser utilizada tanto en pre como post-exposición. El sitio de inyección intramuscular es el músculo deltoides para los adultos y niños ≥ 2 años; para niños de < 2 años, se recomienda usar la cara anterolateral del muslo. La vacuna antirrábica no debe ser administrada en el glúteo, ya que se ha observado que los títulos de anticuerpos neutralizantes son más débiles si la administración de la vacuna es en esta región.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Uso de inmunoglobulina:

El rol de la inmunoglobulina antirrábica en la inmunización pasiva es entregar anticuerpos neutralizantes en el sitio de exposición antes de que los pacientes puedan producir sus propios anticuerpos en respuesta a la vacunación, lo que ocurre después de una semana. La inmunoglobulina antirrábica debe ser administrada en el siguiente tipo de paciente:

- a) Paciente con mordedura en área cubierta o descubierta, lamido en piel lesionada, contaminación membrana mucosa con saliva de un animal con una de las siguientes características:
 - Con rabia confirmada por el laboratorio de Rabia del ISP.
 - Con signos o síntomas compatibles con rabia durante los diez días de observación (perros o gatos), o al momento de la agresión.
- b) Paciente con mordedura con sangramiento activo en zonas como la cabeza, cuello, cara, manos y genitales, debido a la rica inervación de estas áreas de animal desconocido, no ubicable y/o vago.
- c) Paciente con mordedura, arañazo, contacto con piel lesionada, contaminación membrana mucosa con saliva de murciélago, o hallazgo de murciélago en habitación que no permita descartar contacto durante la noche. Vacunación Antirrábica/ 12 Inmunoglobulina antirrábica es administrada solo una vez, preferentemente lo antes posible después de iniciada la vacunación post-exposición o simultáneamente, y deben ser administradas, tanto como sea posible, anatómicamente (pero evitando el posible síndrome compartimental) dentro o alrededor del sitio o sitios de la herida. Su indicación es como máximo hasta 7 días después de la primera dosis de la vacuna antirrábica, independientemente de si las dosis de los días 3 y 7 días se recibieron, debido a que ya ha comenzado la respuesta de anticuerpos a la vacuna y la inmunización pasiva ya no es necesaria. Se debe evitar el uso de la misma jeringa o mezclar la vacuna antirrábica con la inmunoglobulina antirrábica. Para las heridas severas o múltiples, es posible que se requiera más volumen del que se obtiene al calcular la dosis de inmunoglobulina, en este caso, el producto puede ser diluido con solución salina normal estéril en un volumen suficiente para la infiltración efectiva de todas las heridas.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:

No existen contraindicaciones para la profilaxis post-exposición. El riesgo de reacciones adversas a la vacuna o a la inmunoglobulina antirrábica es mínimo y no es comparable con el riesgo de muerte por contraer la rabia. El personal de salud debe estar debidamente capacitado en la administración y en la gestión de las posibles reacciones adversas. Tampoco existen contraindicaciones para la profilaxis postexposición en niños, mujeres embarazadas o personas inmunocomprometidas, incluidos los niños con VIH/SIDA. Al igual que con todas las vacunas, los beneficiarios deben mantenerse bajo supervisión médica durante al menos 15-20 minutos después de la vacunación. Una reacción severa anterior a cualquier componente de una vacuna (excepto inmunoglobulina contra la rabia) es un contraindicación para el uso de la misma vacuna para la profilaxis pre-o post-exposición, y se debe continuar la vacunación con una vacuna alternativa.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Animal mordedor (sin importar el sitio anatómico de la mordedura)	Evaluación del animal	Conducta de vacunación a seguir	Uso de Inmunoglobulina
Perro o gato	Animal aparentemente sano, ubicable y conocido: Observar 10 días ¹	No vacunar. Si durante el período de observación el animal presenta síntomas, muere o desaparece, comenzar el tratamiento completo de inmediato. Suspender tratamiento si examen de laboratorio de rabia del ISP resulta negativo.	SOLO si animal presenta signos o síntomas rábicos, o examen de laboratorio de rabia del ISP es positivo
	Animal sospechoso o rábico²	Vacunar según esquema. Suspender tratamiento si examen de laboratorio de rabia del ISP resulta negativo.	SOLO si animal presenta signos o síntomas rábicos, o examen de laboratorio de rabia del ISP es positivo
	Animal desconocido, no ubicable y/o vago	Vacunar según esquema.	SOLO en mordedura con sangramiento activo en zonas específicas³
Murciélago, monos, carnívoros silvestres (Zorros, Pumas, Hurones, Chingues, Huiñas, etc)	Considerarlos rabiosos	Vacunación según esquema. Suspender tratamiento si examen de laboratorio de rabia del ISP resulta negativo.	Murciélago: Casos específicos⁴ Resto animales⁵
Ratas, ratones y roedores exóticos en cautiverio tales como hámster, cobayos, etc.		No vacunar. Vacunar solo si el animal presenta signos neurológicos compatibles con rabia o examen de laboratorio de rabia del ISP resulta positivo.	SOLO si animal presenta signos o síntomas rábicos, o examen de laboratorio de rabia del ISP es positivo
Animales de abasto (bovinos, ovinos, cerdos, caballos, conejos y otros)		No vacunar. Vacunar solo si el animal presenta signos neurológicos compatibles con rabia o por laboratorio.	SOLO si animal presenta signos o síntomas rábicos, o examen de laboratorio de rabia del ISP es positivo

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

1. La observación del animal se realizara en un local que señale la Autoridad Sanitaria y bajo su vigilancia. Si las condiciones de seguridad lo permitieran, dicha observación podrá efectuarse en el propio domicilio del dueño del animal identificado como mordedor.
2. Síntomas rabia en Anexo C.
3. Mordedura con sangramiento activo en zonas como la cabeza, cuello, cara, manos y genitales, debido a la rica inervación de estas áreas.
4. Paciente con mordedura, arañazo, contacto con piel lesionada, contaminación membrana mucosa con saliva de murciélago, o presencia de murciélagos en habitación. 5 Solo si animal presenta signos o síntomas rábicos, o examen de laboratorio de rabia del ISP.

15.4 VACUNA ANTI-HEPATITIS B

OBJETIVOS

- Prevención de la infección causada por todos los subtipos conocidos del Virus de la Hepatitis B.

VACUNACIÓN FUNCIONARIOS ÁREA DE LA SALUD

- Serán vacunados en el servicio de Urgencia Adulto del H.N.A.N., según las siguientes indicaciones:
 - Administrar 20 microgramos vía intramuscular del brazo deltoides.
 - Los intervalos de dosis serán al tiempo 0, 1 y 6 meses.

PACIENTES QUE INGRESAN A PROGRAMA DE DIÁLISIS

- Se vacunará a todos los pacientes que ingresan a Programa de Diálisis de acuerdo al siguiente esquema:
 - Total de dosis: 4 (0, 1, 2 y 6 meses).
 - Cada dosis de: 10 microgramos en pacientes de hasta 15 años, 11 meses y 29 días y 40 microgramos en pacientes mayores de 15 años.
 - Vía de administración intramuscular (IM) profunda en el deltoides del brazo contra lateral del acceso vascular. En caso de pacientes con trombocitopenia, enfermedad sanguínea o posterior a sesión de HD debe administrarse por vía subcutánea (SC).
 - Quienes ingresan a diálisis con esquema de vacunación incompleto deben completar vacunas faltantes con dosis fijadas según rango de edad.
 - Pacientes con niveles de Ac anti-AgsHB inferiores a 10mU/ml se debe colocar 1 dosis de refuerzo.
 - Aquellos pacientes beneficiarios directos de la Unidad de Diálisis del H.N. A.N. que se dialicen en centros externos, deberán ser vacunados en el H.N.A.N.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

CONSIDERACIONES SOBRE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B

- Se exceptuarán de lo anterior, aquellos pacientes cuyo médico tratante estime que no son inmunológicamente competentes. Lo anterior también será válido para pacientes en edad fértil embarazadas.
- Aquellos pacientes beneficiarios directos de la Unidad de Diálisis H.N. “A.N.” que se dialicen en Centros de convenio, deberán ser vacunados en el H.N. “A.N.” según las normas establecidas en este manual.
- Para dar cumplimiento al Programa Local de inmunización de Hepatitis B para el personal que se desempeña en el área clínica, consultar a: Guía de Salud del Personal de desempeño en área clínica perteneciente al Manual de prevención y control IAAS.
- La descripción del procedimiento de administración de la vacuna Hepatitis B para recién nacidos, se encuentra en el Manual de procedimientos de enfermería en el servicio de Neonatología y UPC Neonatología.
- La administración de vacuna contra la Hepatitis B debe ser postergada en pacientes que sufran de una enfermedad febril severa aguda.
- En pacientes que sufren de esclerosis múltiple, cualquier estímulo del sistema inmunológico puede inducir la exacerbación de su sintomatología. Por lo tanto, en estos pacientes los beneficios de la vacunación Antihepatitis B deben ser contrastados con los riesgos de exacerbación de la esclerosis múltiple.
- Se considera que la protección no puede alcanzarse con la vacunación de pacientes con un estado latente o progresivo de la Hepatitis B.
- Se recomienda vacunar a todos los pacientes que hayan sufrido violación sexual, de acuerdo a esquema vigente: 20 microgramos IM profunda en el deltoides del brazo. Los intervalos de dosis serán al tiempo 0, 1, 2 y 6 meses.

CONTRAINDICACIONES

- Está contraindicada para personas con hipersensibilidad a la levadura o a cualquier componente de la vacuna contra la Hepatitis B.

REACCIONES ADVERSAS

Comunes:

- Reacciones locales tales como: eritema, dolor, hinchazón o fiebre menor, pueden ocurrir en raras ocasiones; estos síntomas desaparecen en 2 días.

Raras:

- Hipertermia (por sobre 38°).
- Reacciones sistémicas tales como desfallecimiento, astenia, náuseas, vómitos, mareo, mialgia, artritis.
- Rush cutáneo y aumento transitorio de las transaminasas.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Muy rara vez:

- No puede establecerse una secuencia de causa y efecto para neuritis múltiple, neuritis óptica, parálisis facial, exacerbación de la esclerosis múltiple y síndrome de Guillain-Barré.

15.5 TÉCNICA DE VACUNACIÓN

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería encargado de vacunas del Hospital Naval “Almirante Nef”.
- Profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencia Adulto capacitados por el Profesional de Enfermería encargado de vacunas.
- Profesional de Enfermería de la Unidad de Diálisis, capacitado (pacientes que ingresan a Programa de Diálisis y deben ser vacunados contra la Hepatitis B).

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería encargada de vacunas del Hospital Naval “Almirante Nef”.
- Profesional de Enfermería Supervisor del servicio Diálisis (pacientes que ingresan a Programa de Diálisis y deben ser vacunados contra la Hepatitis B).

MATERIALES

- Vacuna indicada.
- Jeringa de tuberculina de 1 ml o jeringa de 3 ml (según dosis a administrar).
- Aguja de 23 x 1, para realizar la punción.
- Tórulas de algodón.
- Alcohol al 70%.
- Tela adhesiva.
- Libro de Registro de Vacunas (planilla Excel para el registro de vacunación a pacientes que ingresan a Programa de Diálisis).
- Carnet de Vacunación.
- Computador con Programa Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) operativo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Verifique la indicación médica (Verifique los “10 Correctos”).
- Revise y registre la temperatura del refrigerador que contiene las vacunas, debe estar entre +2°C y +8°C (excepto para pacientes que ingresan al Programa de Diálisis y deben ser vacunados contra la Hepatitis B).
- Lávese las manos.
- Reúna el material necesario.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</p>	Fecha Elaboración: Abril, 2001
	Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Fecha Actualización: Abril, 2026
	Versión N°: 8
Codificación M-06	Total de páginas: 289

- Revise la fecha de vencimiento, aspecto físico de la vacuna, lea cuidadosamente la etiqueta.
- Registre N° de lote de vacuna.
- Si la vacuna trae solvente, desinfecte el envase del solvente con alcohol al 70%, aspire el contenido con jeringa, luego desinfecte el tapón de la vacuna con alcohol al 70%, puncione con jeringa e introduzca el solvente.
- Agite el preparado suavemente antes de su administración, puesto que la vacuna homogeneizada, disminuye el riesgo de reacciones locales.
- Aspire la vacuna, en el interior de la jeringa, hasta conseguir una suspensión homogénea.
- Realice cambio de aguja.
- Verifique la identificación del paciente y explíquele el procedimiento.
- Verifique la integridad de la piel de la zona a vacunar.
- Deslice una tórula de algodón seco sobre el área a puncionar (si la zona a puncionar está visiblemente sucia, limpie con agua y jabón neutro, enjuague y seque).
- Insertar la aguja de la jeringa en ángulo de 90° e inyectar el líquido.
- Retirar la aguja y aplicar ligera presión en el sitio de inyección por algunos segundos con un algodón seco.
- Una vez verificado que el sitio de punción no sangre, se recomienda aplicar tórula de algodón fijado con tela adhesiva.
- Lávese las manos.
- Registre la administración de la vacuna en libro de, carnet de vacunación y Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).

CONSIDERACIONES

- Las vacunas liofilizadas deben ser reconstituidas de acuerdo a las instrucciones y el solvente específico proporcionado por el fabricante.
- El funcionario que prepara la vacuna debe ser el mismo que la administra.
- En mayores de 12 meses, administrar la vacuna en la zona del deltoides, en menores de 12, meses, administrar en la cara anterolateral del muslo.
- Para descartar la posibilidad de que la aguja haya caído en una arteria pequeña se debe esperar unos 5 segundos antes de presionar el émbolo. En caso de que refluye sangre en forma espontánea hacia el cono de la aguja, se debe retirar y eliminar la aguja, jeringa y la vacuna, y repetir la inyección con una nueva dosis.
- No se debe administrar vacunas inyectables en la zona glútea.
- No inyectar en zonas donde existan lesiones en la piel.
- No desinfectar con ningún antiséptico previo a administración de una vacuna ya que existe riesgo de inactivación o alteración del contenido (sobre todo vacunas con preparados vivos inactivados).

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Si se requiere administrar más de una vacuna en una misma extremidad, los sitios deben estar separados por 3 a 5 cms., para que las reacciones locales puedan ser diferenciadas.
- El responsable de administrar la vacuna, debe informar al usuario o cuidador de este la vacuna a administrar, la enfermedad a prevenir, vía de administración, las características de la vacuna y los efectos adversos esperados.
- En el caso de usuarios que ingresan al Programa de Diálisis, y son vacunados contra la Hepatitis B, el registro de la administración se debe realizar en planilla Excel, carnet de vacuna del paciente y RNI)

GUÍA DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplicar precauciones estándar.
- Usar jeringa estéril desechable.
- Eliminar agujas y jeringas, en envases para desecho material corto punzante.

16. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE FALLECIDO

16.1 CUIDADOS POST MORTEM

OBJETIVOS

- Otorgar atención al paciente fallecido y familia, basados en los principios de dignidad y humanidad.
- Proporcionar cuidados que garanticen una atención segura y de calidad.
- Dar cumplimiento a las regulaciones locales, basadas en normativas legales existentes y vinculadas a la ocurrencia de un fallecimiento.

RESPONSABLE EJECUTOR

- Profesional de Enfermería Clínico.
- Matrona.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Matrona Supervisora.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

RECURSOS MATERIALES

- Guantes de procedimiento.
- Pechera desechable.
- Pinzas.
- Tórulas de algodón.
- Material de aseo.
- Vendas elastomull.
- Bolsa plástica.
- Ropa de cama limpia.

Ante el hallazgo de ausencia de signos vitales en un paciente, el integrante del equipo de salud que lo pesquisa debe dar aviso al Profesional de Enfermería de turno, quien a su vez, deberá dar aviso al Médico tratante o Residente para constatar y consignar la defunción en la Historia Clínica (en pacientes con indicación de NO reanimación / No omega).

Constatado el fallecimiento por el Médico, el cuerpo debe ser cubierto con una sábana, resguardado de la vista pública, preservando su dignidad y privacidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento debe ser realizado con un colaborador.

- Prepare y traslade materiales a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Colóquese delantal desechable y guantes de procedimiento.
- Posicione al paciente decúbito supino, levantando cabeza y hombros con una almohada o elevando el nivel de la cabecera de la cama. Lo anterior, a fin de reducir o evitar coloración marmórea de la piel de esta región.
- Desconecte los equipos y retire invasivos, cubriéndolos con sellos limpios y compresivos.
- En caso de que el paciente use prótesis dental, ésta debe ser colocada previo a cerrar la boca. Lo anterior se efectúa colocando la mano en forma de copa bajo el mentón, ejerciendo una ligera presión a la mandíbula y vendándola a la cabeza.
- Si los ojos permanecen abiertos o semi-cerrados, ciérrelos ejerciendo una presión suave con las yemas de los dedos sobre los párpados del paciente, si esto no es efectivo, coloque una tórula de algodón húmeda sobre cada párpado o tela adhesiva desde el párpado superior al inferior.
- Realice aseo del paciente en cama.
- Efectuar taponamiento de todas las cavidades con algodón: boca, fosas nasales, oídos, cavidad vaginal, anal.
- Peinar y rasurar, de ser necesario.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Verifique que el fallecido tenga instalada su pulsera de identificación, no debe estar deteriorada y con los datos obligatorios correctos y legibles.
- En caso de disponer la vestimenta propia del fallecido, vista el cuerpo y cúbralo con sábana limpia, manteniéndolo en la cama hasta su traslado al Servicio de Anatomía Patológica.
- Los desechos deben ser eliminados según norma.
- Retírese los elementos de protección personal.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en la hoja de atención diaria de enfermería.

CONSIDERACIONES

- Una vez que el Médico haya constatado y registrado el fallecimiento del paciente en su ficha clínica, el Profesional de Enfermería de turno deberá informar el fallecimiento al Profesional de Enfermería más antiguo, Practicante de Guardia, Profesional de Enfermería del servicio Urgencia Adulto (horario no hábil, fin de semana y feriado).
- El Profesional de Enfermería del servicio de procedencia deberá supervisar la realización de los cuidados post mortem y registrar el estado físico del cuerpo, observaciones particulares del mismo y asistencia entregada a familiares.
- El Profesional de Enfermería debe indicar el traslado del cuerpo al servicio de Anatomía Patológica, informando a la familia y otorgando las facilidades para su último contacto.
- El Profesional de Enfermería de turno del servicio clínico donde ocurrió el deceso, deberá verificar que el certificado médico de defunción sea realizado por el Médico que constata la defunción y ser entregado a la familia del paciente fallecido (adjuntando el carnet).
- Mantener una permanente actitud de respeto durante todo el proceso, tanto frente al cuerpo del paciente fallecido, como frente al dolor y reacción de la familia.
- En el caso de que el fallecido no tenga vestimenta propia disponible en su unidad, deberá ser trasladado a Anatomía Patológica con delantal desechable, en espera de la vestimenta que traerá la familia.
- Una vez realizado los cuidados post-mortem, el traslado del fallecido hacia el servicio de Anatomía Patológica deberá ser efectuado por personal del servicio clínico donde ocurrió el deceso, este tiempo no debe ser mayor a 2 horas (en horario no hábil el personal debe avisar a Practicante de Guardia quien permitirá el acceso a Anatomía Patológica).
- El fallecido deberá ser colocado en uno de los compartimientos de la cámara frigorífica por el personal del servicio clínico de procedencia y colocar una tarjeta de identificación en la puerta de la cámara correspondiente que señale: **nombre y dos apellidos del paciente, R.U.T. y servicio clínico de origen.**
- De no haber compartimientos disponibles en Anatomía Patológica, igualmente, se trasladará el fallecido a Anatomía Patológica, manteniéndolo en su cama, en espera un compartimiento disponible.
- En horario hábil, el personal del servicio de Anatomía Patológica será responsable de

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

recepcionar el cuerpo y consignar en el libro “Registro de fallecidos”.

- En horario no hábil y festivos el libro: “Registro de fallecidos” lo tendrá en su poder la Practicante de Guardia.
- **Horario de recepción del fallecido (entrega desde el servicio clínico hacia Anatomía Patológica):**
 - Días hábiles: 08:00 a 16:00 horas, recibe directamente personal de Anatomía Patológica.
 - Días hábiles: a contar de las 17:00 horas se deberá notificar a la Practicante de Guardia quien tendrá la llave de acceso a Anatomía Patológica.
 - Fines de semana y festivos: se deberá notificar a la Practicante de Guardia quien tendrá la llave de acceso a Anatomía Patológica.
- **Horario de entrega de fallecidos (desde Anatomía Patológica a familiares).**
Entrega Anatomía Patológica:
 - 08:30 - 11:30 horas y de 14:00 - 16:00 horas (días hábiles).

Practicante de Guardia:

- De 18:00 a 21:00 hrs. (días hábiles).
 - De 09:00 a 21:00 hrs. (fines de semana y festivos).
- El Profesional de Enfermería deberá educar a la familia en relación a:
 - Traer el carnet de identificación del fallecido para la realización del Certificado de Defunción por parte del Médico que constató el deceso.
 - La familia deberá proporcionar las vestimentas del fallecido, para que el personal del servicio clínico de procedencia pueda vestir el cuerpo. Si bien, por razones sanitarias esta actividad no puede ser delegada a miembros de la familia o personal de la empresa fúnebre, si la familia lo solicita, se autorizará que un integrante de la familia colabore durante el procedimiento de vestir al paciente fallecido junto al personal del servicio clínico.
 - El familiar responsable deberá portar su carnet de identidad que acredite su relación de parentesco más el carnet de identidad del fallecido y el Certificado de Defunción para retirar el cuerpo del fallecido en el servicio de Anatomía Patológica. El acto de entrega se realizará sólo cuando los familiares concurren acompañados de funcionarios de la empresa funeraria que hayan contratado.
 - Si existe indicación de autopsia en el Servicio Médico Legal (Revisar O.P.I. N°7124):
 - No realizar cuidados Post-mortem.
 - No retirar ningún tipo de invasivo.
 - No realizar procedimientos invasivos.
 - Colocar doble pañal y realizar aseo en caso de presencia de deposiciones u orina.
 - El manejo de paciente fallecido, con COVID-19, es distinto a lo anteriormente nombrado y se deberá basar en la guía.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

GUÍAS DE PREVENCIÓN I.A.A.S.

- Aplicar Precauciones Estándar.
- Aplicar precauciones de aislamiento, si corresponde, durante el desarrollo de los cuidados post mortem.
- Manejo de ropa sucia o contaminada y desechos deben ser efectuado según norma.

17. GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS A PACIENTE QUIRÚRGICO

17.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PRE-OPERATORIO

OBJETIVO

Estandarizar los cuidados pre-operatorios proporcionados al paciente quirúrgico, logrando así mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Al ingreso el paciente debe tener los siguientes exámenes preoperatorios de rutina con una antigüedad que no supere los 6 meses:

- Hemograma.
- Pruebas de coagulación.
- Uremia.
- Glicemia.
- ECG a pacientes mayores de 45 años y menores de 45 años con Dg. de Hipertensión Arterial.
- Orina completa o sedimento de orina.
- Urocultivo sólo a pacientes sometidos a cirugía de Prótesis de cadera, rodilla e implantes cardiacos.
- Clasificación Sanguínea: Grupo - RH y Anticuerpos Irregulares, según lo descrito en el Manual para la Cirugía segura.
- Control de hemoglucotest a todo paciente diabético, según resultado, prepare y administre esquema de suero, según indicación de Médico Anestesiólogo.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería clínico.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisor.
- Profesional de Enfermería Clínico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.2 PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA, DÍA PREVIO A LA CIRUGÍA

Realizar plan de atención pre-operatoria en hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico, destacando lo siguiente:

- Registrar en el ítem: “Intervención quirúrgica”, la lateralidad de cirugía programada, si aplica (especificar si se va a intervenir el lado derecho o izquierdo anatómico del paciente, el cual debe ser concordante con lo demarcado en la figura humana de la hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico).
- Realizar y registrar control antropométrico (Peso y Talla).
- Registrar antecedentes mórbidos, diagnóstico preoperatorio y cirugía propuesta.
- Registrar presencia de invasivos (especificando características como: tipo de invasivo, n° de catéter, fecha de instalación, ubicación, entre otros.).
- Verificar si según el tipo de intervención quirúrgica, el paciente requiere unidades transfusionales (según lo señalado en el Manual para la Cirugía segura).
- Registrar presencia de focos distales infecciosos, lesiones no asociadas a la cirugía, notificar al Médico tratante y Profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico.
- Registrar alergias conocidas del paciente, en el caso de pacientes alérgicos al Látex se debe registrar y dar aviso a Médico tratante y Enfermera Supervisora del Centro Quirúrgico.
- Revisar el listado de las cirugías que requieren fleet, para pacientes que son hospitalizados el día anterior a la cirugía, excepto en el caso de cirugías de urgencia (Anexo n°2).
- Programar y educar al paciente respecto al horario de inicio de ayuno (señalado en GCL 1.1 Guía de Evaluación Pre-anestésica).
- Brindar educación preoperatoria al paciente y familia.
- Programar baño/ducha con jabón antiséptico (Guía de prevención de Infección de herida operatoria (IHO),
- Verificar la suspensión de medicamentos del tratamiento habitual del paciente previo a la cirugía (según lo señalado en la Guía Clínica de Evaluación Preanestésica).
- Antibioprolaxis pre-operatoria administrada (nombre fármaco, dosis y vía de administración, horario de administración y responsable de la administración del fármaco).
- Tratamiento pre-anestésico administrado (nombre fármaco, dosis, vía, horario de administración y responsable de la administración del fármaco).
- Exámenes específicos pre-operatorios.
- En los pacientes con tratamiento anticoagulante (T.A.C.O.), verificar la suspensión y el traslape del tratamiento, anexando resultados de exámenes de coagulación post-traslape, en caso de estar alterado, avisar a médico tratante y/o médico anestesiólogo de guardia. Registrar éste antecedente en hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.2.1 DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Realizar ducha o baño con jabón antiséptico.
- Mantener al paciente en ayunas, según lo programado en Hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico.
- Realizar aseo prolijo de cavidades y ombligo (revisión por Profesional de Enfermería).
- Efectuar secado con toalla o sábana limpia.
- Retirar maquillaje y/o pestañas postizas.
- Retirar joyas, pearcing y accesorios.
- Retirar esmalte de uñas, en caso de esmalte permanente registrar en Hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico y dar aviso a Profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico.
- Si el paciente usa extensiones de cabello, registrar en Hoja de Planificación y chequeo de paciente quirúrgico y dar aviso a Profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico.
- Retirar prótesis dental, audífonos y/o lentes de contacto, dépositelos en el velador del paciente, en estuche original o en depósito transparente u otro acordado en el servicio (consignar si paciente es trasladado a Centro Quirúrgico con audífonos autorizados por Cirugía Mayor Ambulatoria, en el caso de requerir seguir indicaciones intraoperatorias, como son los pacientes operados con anestesia local).
- Registrar la hora de la última comida. Programe ayuno según la Guía Clínica de evaluación Preanestésica.
- Recortar el vello del área operatoria, lo más próximo al acto quirúrgico, con un tiempo máximo de 2 hrs. previo a la intervención quirúrgica. Se debe realizar el recorte de vello antes de la última ducha o baño programado (Anexo N°1).
- Colocar al paciente camisa de pabellón y gorro, posterior a última ducha o baño programado, sin ropa interior. En el caso de pacientes cursando periodo menstrual, puede ser trasladado al Centro Quirúrgico con uso de apósito limpio.
- Previo a trasladar al paciente a Centro Quirúrgico, se debe rotular la cama con Nombre + dos Apellidos del paciente + el n° de la cama (exceptuando los Servicios que retiran inmediatamente la cama, por su cercanía a Centro Quirúrgico).
- Administre fármacos de rutina que no tengan indicación de suspender (según lo establecido en la Guía Clínica de evaluación Preanestésica). Si el fármaco no está señalado en el listado de Anestesia, consultar en Centro Quirúrgico a Anestesiólogo de turno.
- Trasladar al paciente a Centro Quirúrgico con Historia Clínica, Carpeta de Enfermería, Carpeta médica, anexando exámenes preoperatorios vigentes y consentimiento informado, éste debe ser firmado por el Médico Cirujano, el paciente o representante legal de éste, si corresponde.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

- Consignar antecedentes de alergias o condición especial del paciente en la tapa de carpeta de enfermería del paciente, adicional a lo registrado en la hoja de preparación preoperatoria, como por ejemplo: “No puncionar extremidad superior derecha, en paciente con FAV”, “No colocar manguito de esfigmomanómetro en la extremidad izquierda”, etc.
- El Personal de Enfermería del servicio de origen que traslada el paciente a Centro Quirúrgico, hará la entrega presencial de éste, brindando información clínica de relevancia, la cual será complementada con los registros clínicos y exámenes correspondientes, se debe realizar el traslado del paciente en hamaca a la camilla transportadora.
- En el caso de pacientes que tienen programada una cirugía a primera hora, el día previo a la intervención quirúrgica, el personal del servicio a cargo de éste deberá coordinar con el personal del Centro Quirúrgico, la hora de traslado del paciente a pabellón.
- La entrega y traslado de pacientes a Centro quirúrgico, no debe ser realizado por alumnos, sin la respectiva supervisión y acompañamiento de personal Técnico de Enfermería del servicio a cargo del paciente.
- En el caso de un paciente que será sometido a una cirugía de Prótesis de cadera, el personal del servicio a cargo, deberá trasladar al paciente con cojín abductor + Equipo de Compresión Neumática Intermitente al Centro Quirúrgico (los cuales deberán estar rotulados con Nombre + dos Apellidos del paciente).

CONSIDERACIONES:

- Pacientes que son intervenidos en Cirugía Mayor Ambulatoria, tienen hoja de preparación preoperatoria específica.
- En pacientes hospitalizados por un periodo mayor a 48 hrs. o quienes ingresen el día anterior a la fecha de la cirugía, deben realizar el baño o ducha con jabón antiséptico aprobado por la U.C.I.A.A.S., la noche anterior y el mismo día de la cirugía.
- En el caso de pacientes sometidos a cirugía de prótesis o implantes se debe programar y ejecutar aseo bucal con colutorio bucaseptil al menos 48 hrs. antes de la cirugía.
- En el caso de pacientes hospitalizados el día anterior a la fecha de cirugía de prótesis de rodilla o cadera, el baño o ducha con jabón antiséptico debe ser realizado en 3 oportunidades previo de la cirugía. Por ejemplo: si el paciente va a cirugía el martes A.M., debe ducharse con jabón antiséptico en la tarde y en la noche del día lunes y además el martes en la mañana antes de la hora de la cirugía.
- En pacientes con alteración en su movilidad o incapacitados, el personal de enfermería debe realizar el baño de la zona operatoria por arrastre con jabón antiséptico normado según U.C.I.A.A.S., además de corte de uñas de manos y pies, si lo requiere.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POST-OPERATORIO

OBJETIVO

- Estandarizar los cuidados post operatorios proporcionados al paciente quirúrgico, logrando así proporcionar una atención segura y de calidad.

RESPONSABLE EJECUCIÓN

- Profesional de Enfermería.
- TENS.

RESPONSABLE SUPERVISIÓN

- Profesional de Enfermería Supervisora
- Profesional de Enfermería Clínica

MANEJO POST-OPERATORIO

- Personal del servicio de Recuperación debe entregar al paciente verificando conjuntamente con personal del servicio a cargo del paciente la condición de invasivos, condición de apósitos operatorios, evaluación del dolor del paciente, velocidades de infusiones y cierre de balance.
- No efectuar cambio de bomba de infusión en pacientes con analgesia continua.
- Revisar la pulsera de identificación del paciente (datos correctos, legibles, pulsera adecuadamente instalada y sin deterioro).
- Personal de Centro Quirúrgico solicitará Bomba de infusión continua (BIC) al servicio a cargo del paciente cuando corresponda.
- Una vez entregado el paciente por el personal del Centro Quirúrgico, traslade al paciente en su cama desde el Centro Quirúrgico al servicio de origen, con barandas en alto y utilizando porta suero para asegurar infusión endovenosa.
- Deje al paciente en su habitación, valore y registre el estado de conciencia, control de signos vitales, dolor, condiciones de los sellos operatorios, permeabilidad y fijación de invasivos.
- Retire hamaca y sabanilla.
- Acomode al paciente.
- Verifique cumplimiento de medidas de prevención de caídas, chequeando que el timbre de llamada esté al alcance del paciente, cama con barandas en alto, altura mínima y frenada.
- Controle signos vitales, según indicación médica.
- Efectúe entrega verbal a Profesional de Enfermería y a personal TENS del servicio a cargo.
- La Enfermera efectuará visita y confeccionará el Plan de atención en Carpeta de Enfermería de acuerdo a las indicaciones médicas postoperatorias.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.3.1 PLAN ATENCION DE ENFERMERÍA

- Baño en cama o asistir primera levantada, según indicación médica.
- Aseo genital durante el baño y, en el caso de pacientes con catéter vesical realizar aseo genital 3 veces al día.
- Confección de cama AM.
- Frecuencia de rondas de vigilancia.
- Frecuencia de observación de sellos operatorios, sangramiento y permeabilidad de vía (s) Venosa (s).
- Curación según indicación médica y en S.O.S. a fin de mantener sello (s) limpio (s) y seco (s).
- Medición de diuresis.
- Balance hídrico.
- Evaluación y Manejo del dolor (según Guía Clínica para la Evaluación y Manejo del dolor agudo perioperatorio).
- Realimentación, según indicación médica (verificar y registrar tolerancia del paciente a alimentación).
- Retiro de sonda Foley según indicación médica.
- Realice educación de cuidados post-operatorios al paciente y/o cuidador principal de éste.
- Inicie educación para el alta, si corresponde.

17.4 CONSIDERACIONES, SEGÚN TIPOS DE CIRUGÍA

17.4.1 BY PASS GÁSTRICO

Manejo post-operatorio:

En UPC, dependiendo de las condiciones del paciente y criterio médico.

17.4.2 CIRUGÍA DE COLON

Manejo pre-operatorio (día previo a la intervención).

- Efectúe preparación mecánica de colon según indicación médica.

Manejo post-operatorio:

- Valoración del funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Medición de drenaje(s) cada 12 hrs. y S.O.S. o según indicación médica.
- Observación y registro de condiciones de colostomía (fijación, características de estoma y piel circundante, características del contenido de la bolsa de colostomía).
- Vaciamiento de colostomía.
- Comience precozmente la educación para el alta del paciente referente al manejo y cuidados de la ostomía.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.4.3 CIRUGÍAS DIGESTIVAS MAYORES (GASTRECTOMÍA, QUISTE HIDATÍDICO, PANCREATODUODENECTOMÍA Y WHIPPLE).

Manejo post-operatorio:

- En UCI General, según condiciones del paciente

17.4.4 CIRUGÍA ORIFICIAL: HEMORROIDES, FISURA Y FISTULA PERIANAL

Manejo pre-operatorio (día de la intervención).

- Cirugía orificial que no requiere recorte el vello.
- Efectúe fleet enema según indicación médica.

Manejo post-operatorio:

- Efectúe baños de asiento según indicación médica.

17.4.5 COLECISTECTOMÍA ABIERTA CON O SIN COLEDOCOSTOMÍA Y DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA

Manejo post-operatorio:

- Retiro de sonda Kehr por Médico Cirujano en policlínico ambulatorio.

17.4.6. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Manejo pre-operatorio (día de la intervención):

- Efectúe aseo umbilical prolijo (Revisión por Profesional de Enfermería).

17.4.7 EXTIRPACIÓN PANCREAS

Manejo post-operatorio:

- Valoración del funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Medición de drenaje cada 12 hrs. y S.O.S o según indicación médica.
- Retire drenaje según indicación médica.

17.4.8. MASTECTOMÍA PARCIAL O RADICAL

Manejo pre-operatorio (día de la intervención)

- Traslade paciente a rayos para demarcación (en caso de microcalcificaciones), previa coordinación.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Manejo post-operatorio:

- Valoración del funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- En mastectomía con vaciamiento ganglionar, evite puncionar y controlar presión en la extremidad del lado operado.
- Medición de drenaje cada 12 hrs. y S.O.S. o según indicación médica.
- Retire drenaje según indicación médica.
- Efectúe curación sólo si el cirujano lo indica.

17.4.9. TIROIDECTOMÍA Y PARATIROIDECTOMÍA

Manejo post-operatorio:

- Valore el funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Medición del drenaje cada 12 hrs. o S.O.S o según indicación médica.
- Valore presencia de signos de hipocalcemia (hormigueo, parestesia).
- Retire drenaje según indicación médica.

17.4.10. TORACOTOMÍA

Manejo post-operatorio:

- Recepcione al paciente en la unidad, valore y registre permeabilidad y fijación de vías y drenaje pleural si corresponde.
- Mida drenaje Torácico cada 12 hrs o S.O.S o según indicación médica (puede realizarlo personal de Sanidad capacitado).
- Medición de drenaje torácico aspirativo, 1 vez al día (manejo exclusivo por Profesional de Enfermería).
- Retiro de drenaje por Médico o Profesional de Enfermería, dejando sellado el sitio de inserción de drenaje

17.4.11. AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD

Manejo post-operatorio:

- En caso de sangramiento activo descubra y realice compresión local y avise a Cirujano.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.4.12. BY PASS PERIFÉRICO

Manejo post-operatorio:

- Vigile y registre presencia de pulsos distales pedio, poplíteo, tibial o femoral dependiendo nivel de obstrucción previo, coloración y temperatura de la extremidad cada 6 hrs. en servicios pertenecientes a la Torre Médico-quirúrgica. En la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares se debe controlar cada 2 hrs. durante las primeras 24 hrs. postoperatorias.

17.4.13. FISTULA ARTERIOVENOSA O INSTALACIÓN DE GOROTEX

Manejo post-operatorio:

- En caso de sangramiento, descubra y efectúe compresión, de no ceder, avise a Cirujano tratante.
- Verifique presencia de frémito o soplo mediante palpación y/o auscultación cada 6 hrs., si no siente o escucha frémito, avise a pabellón o a cirujano vascular que realizó la cirugía.
- Mantenga la extremidad con 30° de elevación.
- Nunca controle la presión arterial en la extremidad operada.
- Vigile y registre coloración, temperatura y pulsos de la extremidad cada 6 hrs.

17.4.14. SAFENECTOMÍA

Manejo post-operatorio:

- Vigile y registre coloración, temperatura, y pulsos de la extremidad cada 6 hrs.
- Mantenga el vendaje elástico en extremidad operada con elevación de 30°.
- Vigile y registre presencia de sangramiento, en caso de que sea sangrado activo realizar compresión y avisar a Médico tratante.

17.4.15. ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA Y REPARACIÓN DE ANEURISMA AORTO ABDOMINAL

Manejo post-operatorio:

- Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.4.16. INSTALACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO

Manejo post-operatorio:

- El paciente post-operado será derivado a servicio de la Torre Médico-Quirúrgica o UCI Cardiovascular, dependiendo de su estabilidad clínica y criterio médico.

17.4.17. REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA Y RECAMBIO VALVULAR.

El paciente debe tener además de los exámenes preoperatorios de rutina, los siguientes exámenes con una antigüedad que no supere los 6 meses.

- Espirometría.
- Exámenes de banco de sangre: Grupo-Rh, VIH, Chagas, Hepatitis B y C.
- Radiografía de tórax.
- Exámenes complementarios según indicación de Anestesiólogo y/o cardiólogo.
- Kinesiterapia respiratoria preoperatoria.
- Evaluación dental (recambio valvular).
- Dadores de Sangre RVM 6 y RV 4.

Manejo pre-operatorio (día previo a la intervención)

- Realice Colutorios con antiséptico bucal.
- Administre pre-medicación anestésica.

Manejo post-operatorio:

- En Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares.

17.4.18. CISTECTOMÍA PARCIAL O TOTAL

Manejo post-operatorio:

- Observación de permeabilidad de vía(s) venosa(s), drenaje y sonda Foley.
- Valoración del funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Valoración y registro de cantidad y calidad del contenido del drenaje.
- Medición de diuresis cada 6 hrs. o S.O.S a fin de mantener el set de orina bajo los 2/3 de su capacidad.
- Retire drenaje y sonda Foley según indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.4.19. PACIENTE SOMETIDO A CINTA VAGINAL A LIBRE TENSIÓN (TVT) O CINTA TRASNONSTURADORA (TOT).

Preparación pre-operatoria (día de la intervención)

- Realice ducha vaginal con suero fisiológico (15 minutos antes de pabellón).
- Realice recorte de vello en área genital y pubiana.

Manejo Post-operatorio:

- Curación según indicación médica y las necesarias para mantener las suturas adhesivas con buen afrontamiento.
- Medición de diuresis cada 6 hrs. o las necesarias para mantener el set de orina 2/3 de su capacidad.
- Valorar y registrar características de diuresis (observe presencia de hematuria).

17.4.20. LEC Y URETEROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA

Manejo post-operatorio:

- Observación de sellos operatorio, permeabilidad de vía venosa y sonda Foley.
- Medición de diuresis cada 6 hrs. o las necesarias para mantener el set de orina bajo 2/3 de su capacidad, si corresponde.
- Cuele orina en Litotripsia Extracorpórea (LEC).
- Vigile y observe hematuria.
- Retire sonda Foley, según indicación médica.

17.4.21. NEFRECTOMÍA ABIERTA-LAPAROSCÓPICA Y NEFROLITOTOMÍA ABIERTA

Manejo post-operatorio:

- Medición de diuresis cada 6 hrs. o las necesarias para mantener el set de orina bajo 2/3 de su capacidad, si corresponde.
- Vigile y observe hematuria.
- Medición de drenaje cada 12 hrs y S.O.S o según indicación médica.
- Valore el funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Vigile movilidad y sensibilidad de extremidades inferiores, si el paciente porta analgesia peridural.
- Retire drenaje según indicación médica.
- Retire sonda Foley según indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

17.4.22. PROSTATECTOMÍA RADICAL Y ADENOMECTOMÍA TRANSVESICAL

Manejo post-operatorio:

- Observación de sellos operatorios, permeabilidad de vía venosa, drenaje, sonda Foley y catéter peridural, si corresponde.
- Medición de diuresis cada 6 hrs. o las necesarias para mantener el set de orina bajo 2/3 de su capacidad.
- En pacientes sometidos a Adenomectomía transvesical, se debe realizar balance hídrico de irrigación vesical.
- Vigile y observe hematuria.
- Medición de drenaje cada 12 hrs. y S.O.S. o según indicación médica.
- Valoración del funcionamiento del drenaje (sin acodaduras, circuito cerrado).
- Realice Balance hídrico.
- Vigile movilidad y sensibilidad de extremidades inferiores, si el paciente porta analgesia peridural.
- Retire drenaje según indicación médica.
- Retire sonda Foley según indicación médica.

17.4.23. RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA Y VEJIGA

Manejo pre-operatorio (día de la intervención).

- No requiere recorte de vello

Manejo post-operatorio:

- Medición de diuresis y balance de irrigación vesical.
- Vigile y observe hematuria.
- Retire sonda Foley según indicación médica.

17.4.24. PACIENTE SOMETIDO A COLANGIOPANCREATO RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Previo al procedimiento

- Indique ayunas.
- Administre antibiótico profiláctico en sala 30 minutos previos al procedimiento según indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Manejo post procedimiento

- Recepcione al paciente valore y registre estado de conciencia, respiración, dolor abdominal, sudoración y taquicardia.
- Controle signos vitales según indicación médica.
- Verifique permeabilidad y fijación de vía venosa.
- Mantenga régimen cero según indicación médica.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

ANEXO N°1

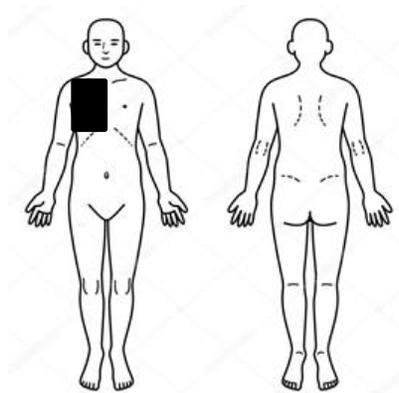
Área de recorte de vello según tipo de cirugía

Cirugía General

Intervención Quirúrgica:

- Mastectomía parcial.
- Mastectomía radical.

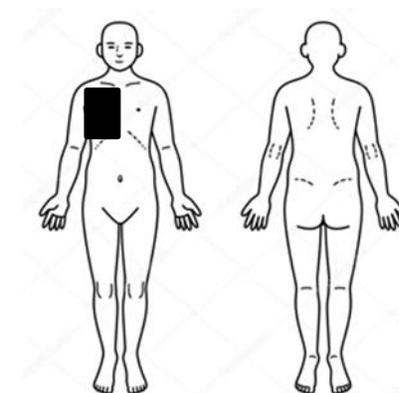
*Incluir recorte de vello axilar.



Intervención Quirúrgica:

- Ginecomastia.
- Fibroadenoma.
- Lipomastia

*No requiere recorte de vello axilar.

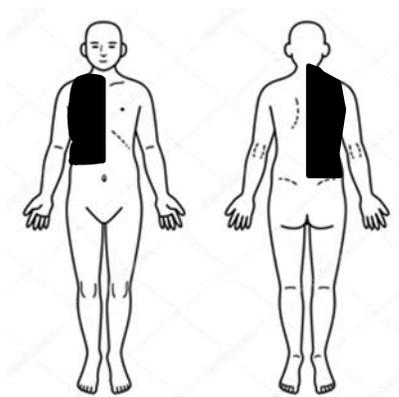


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía General

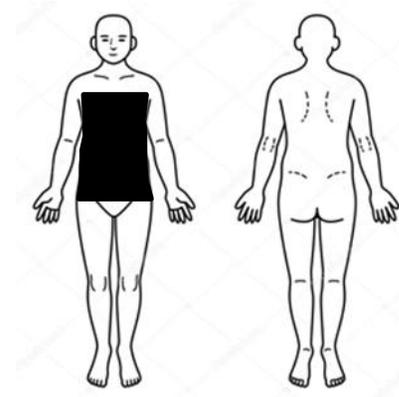
Intervención Quirúrgica:

- Toracotomía.
 - Lobectomía.
 - Neumonectomía.
- *Incluir recorte de vello axilar.



Intervención Quirúrgica:

- Colectectomía clásica y laparoscópica.
- Gastrectomía.
- Gastroplastía.
- Esofagogastrectomía.
- Pancreatoduodenectomía.
- Derivación biliodigestiva.
- Nissen (para el tratamiento quirúrgico del Reflujo Gastroesofágico/R.G.E.).
- Gastrostomía

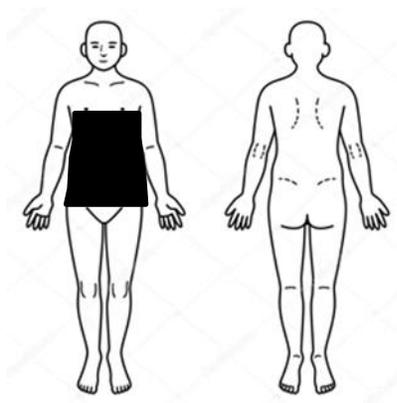


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía General

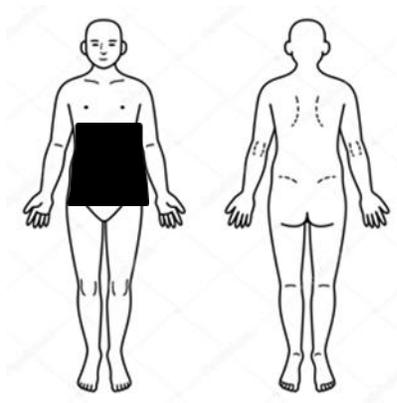
Intervención Quirúrgica:

- Laparotomía exploratoria.
- Hepatectomía.



Intervención Quirúrgica:

- Colostomía.
- Colectomía.
- Ileostomía.

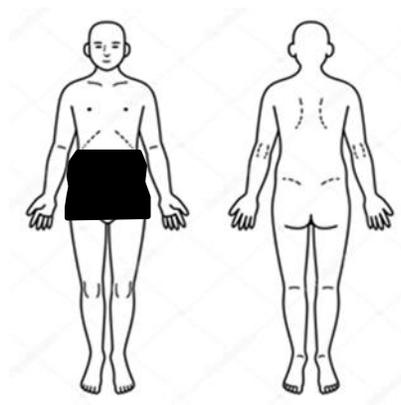


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía General

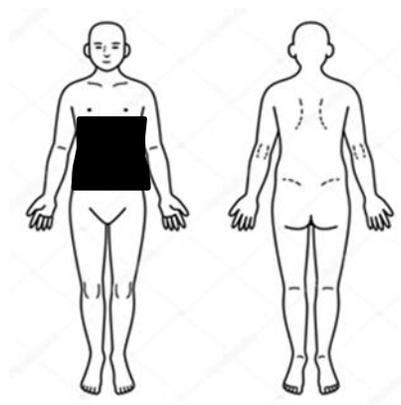
Intervención Quirúrgica:

- Hartmann.
- Miles.



Intervención Quirúrgica:

- Hernia Epigástrica (línea blanca).

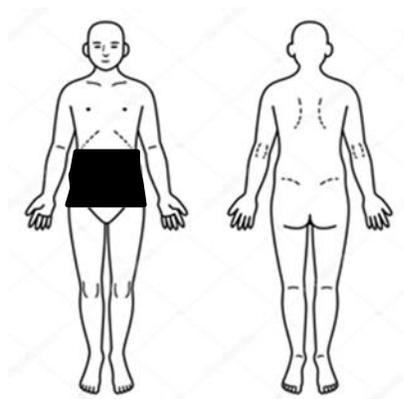


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía General

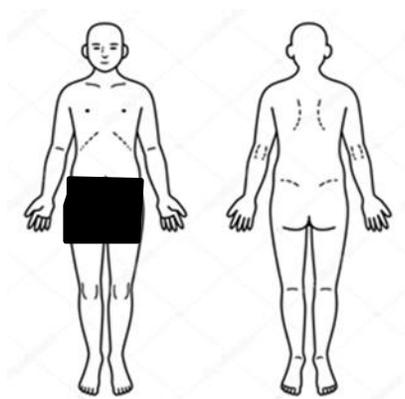
Intervención Quirúrgica:

- Hernia Umbilical.



Intervención Quirúrgica:

- Hernia Inguinal.
- Hernia Crural.

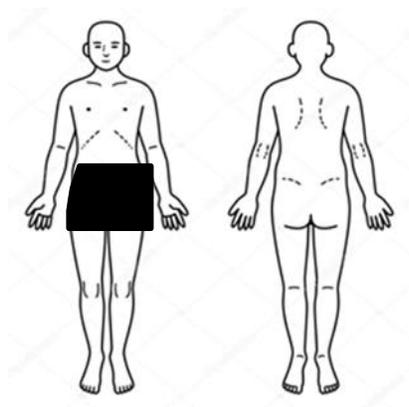


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía General

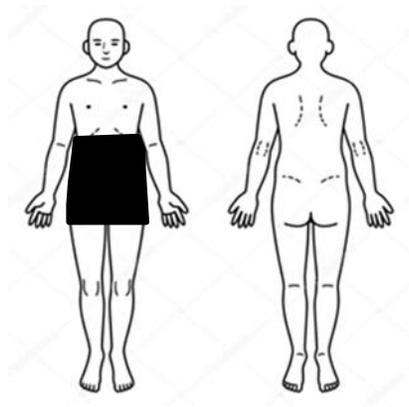
Intervención Quirúrgica

- Apendicectomía abierta



Intervención Quirúrgica

- Apendicetomía Laparoscópica

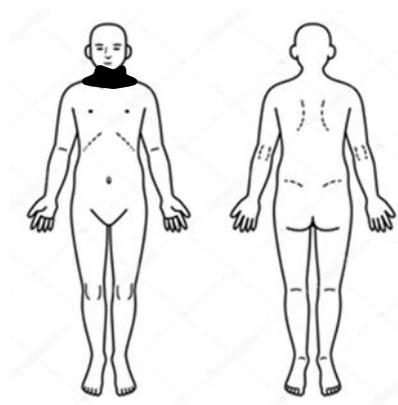


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía General

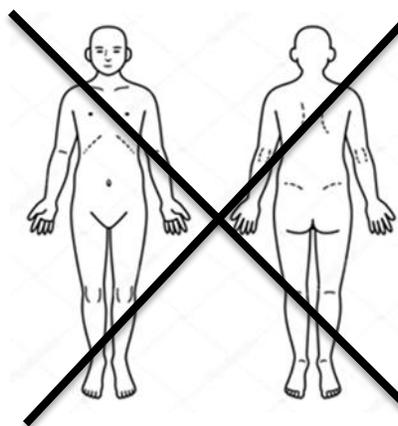
Intervención Quirúrgica:

- Biopsia cervical
- Tiroidectomía parcial
- Tiroidectomía total
- Paratiroidectomía



Intervención Quirúrgica:

- Fisura anal
- Fisura perianal
- Hemorroidectomía

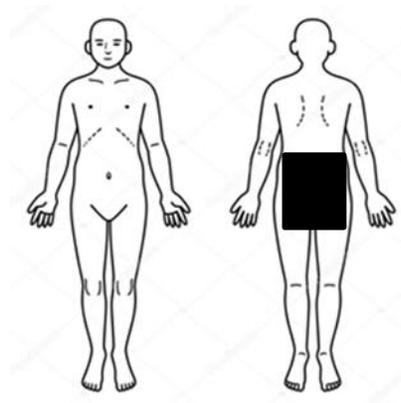


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía General

Intervención Quirúrgica:

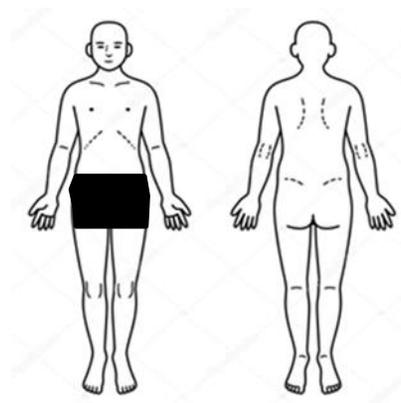
- Quiste pilonidal



Cirugía Urológica

Intervención Quirúrgica:

- Varicocele
- Orquiectomía



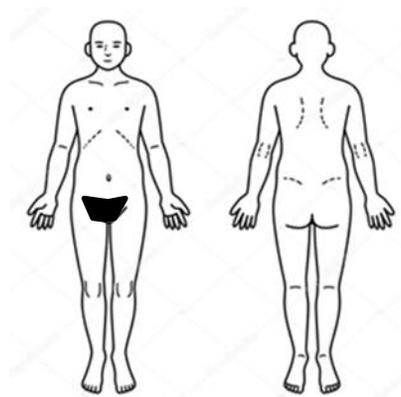
	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Urológica

Intervención Quirúrgica:

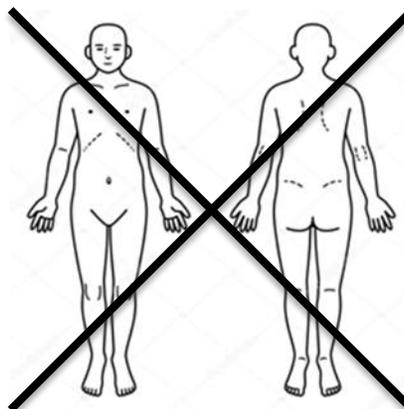
- Quiste epidídimo
- Hidrocele
- Biopsia testicular

*Recortar sólo vello escrotal.



Intervención Quirúrgica:

- Fimosis
- RTU (vesical y/o prostática).
- Extracción endoscópica (Litiasis).
- Litotripsia Extracorpórea (L.E.C.).

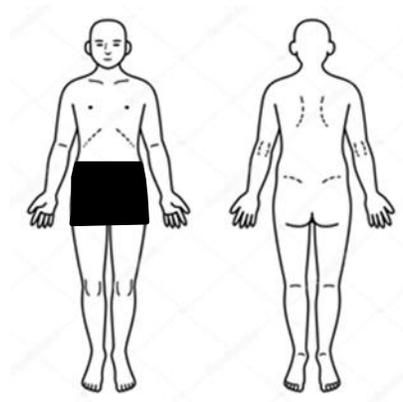


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Urológica

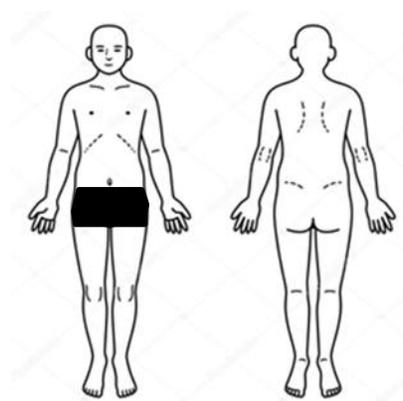
Intervención Quirúrgica:

- Adenoma de próstata.
- TU maligno (Prostatectomía).
- Cistectomía.



Intervención Quirúrgica:

- Prótesis peneana

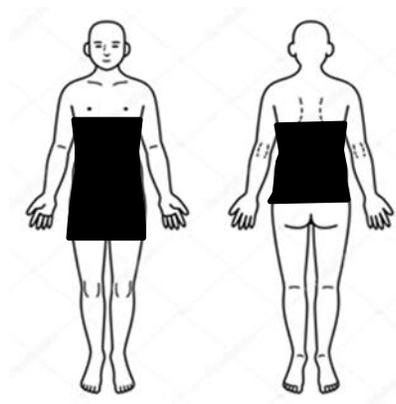


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Urológica

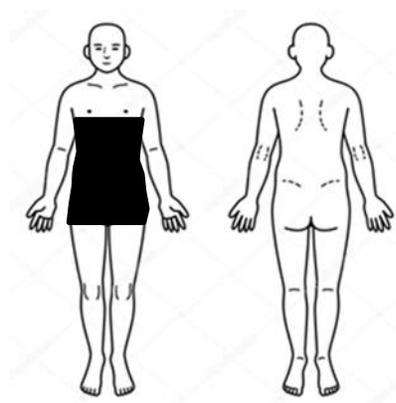
Intervención Quirúrgica:

- Todas las cirugías laparoscópicas.



Intervención Quirúrgica:

- Linfadenectomía abierta.
- *Incluir recorte de vello púbico.
- *Aseo umbilical prolijo.

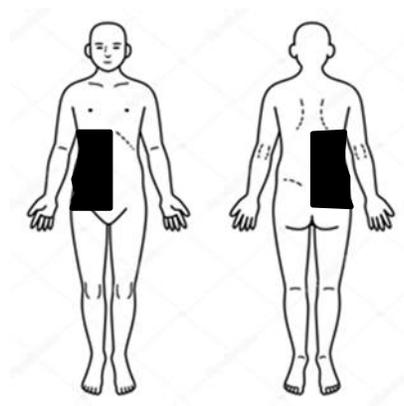


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Urológica

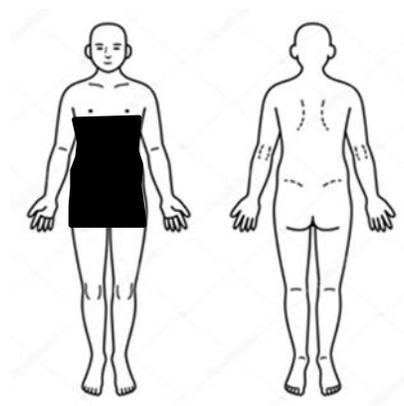
Intervención Quirúrgica:

- Nefrectomía



Intervención Quirúrgica:

- Transplante renal

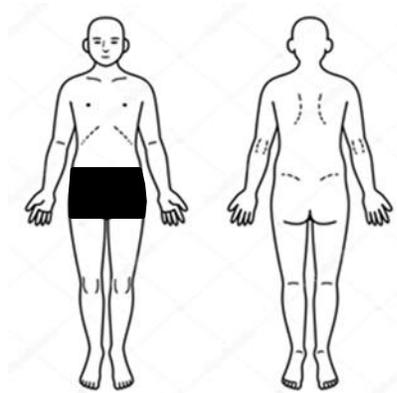


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Ginecológica

Intervención Quirúrgica:

- Incontinencia Urinaria de esfuerzo (T.V.T.)

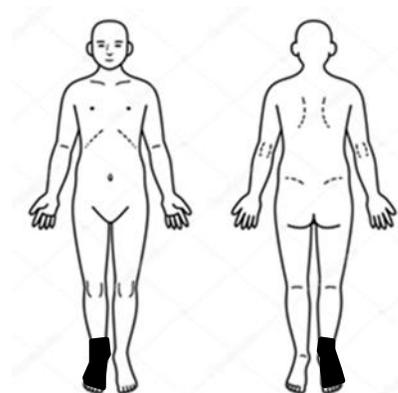


Cirugía Vascular

Intervención Quirúrgica:

Amputaciones de:

- Ortejo.
- Transmetatarsiana.
- Syme

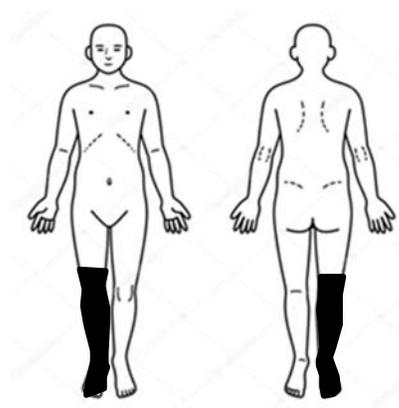


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Vasculár

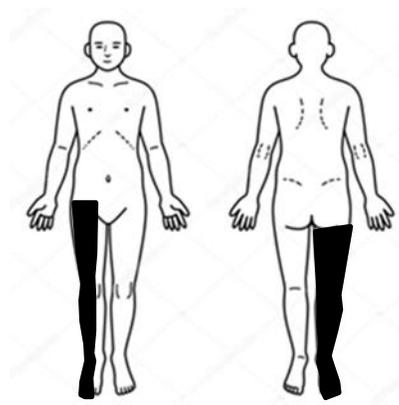
Intervención Quirúrgica:

- Amputación infracondílea



Intervención Quirúrgica:

- Amputación supracondílea

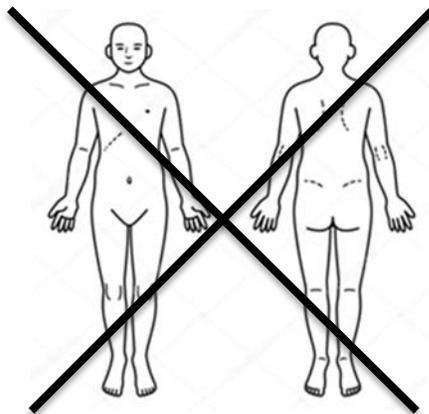


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Plástica

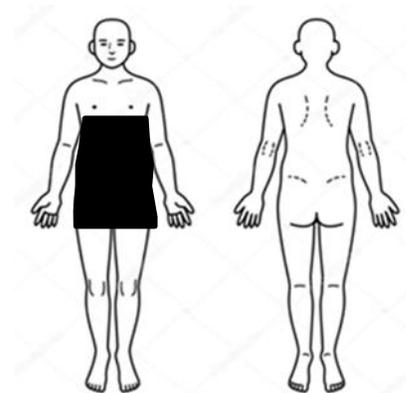
Intervención Quirúrgica:

- Mamoplastía
- Implante mamario



Intervención Quirúrgica:

- Queloides abdominal
- Lipectomía

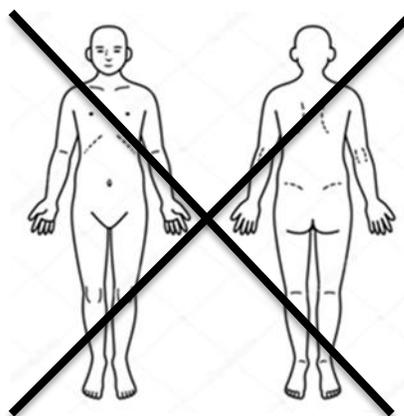


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Plástica

Intervención Quirúrgica:

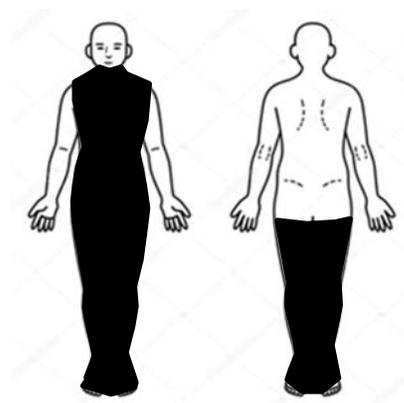
- Ritidectomía



Cirugía Cardiovascular

Intervención Quirúrgica:

- Revascularización Miocárdica

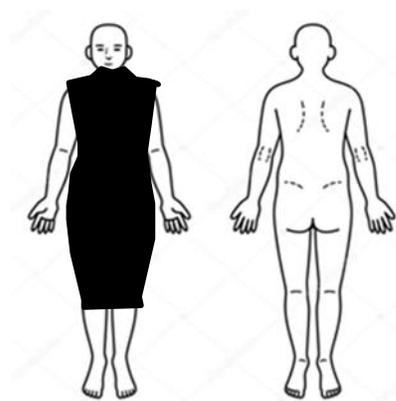


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Cardiovascular

Intervención Quirúrgica:

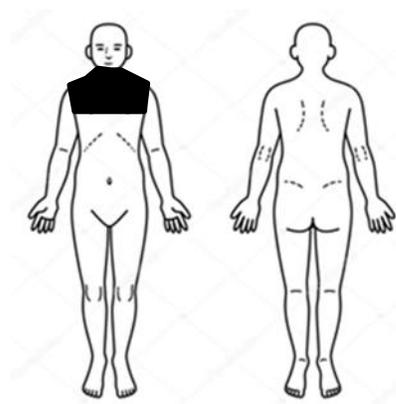
- Recambio valvular



Cirugía Vascular Periférico

Intervención Quirúrgica:

- Instalación de Marcapaso
- Instalación de Reservorio

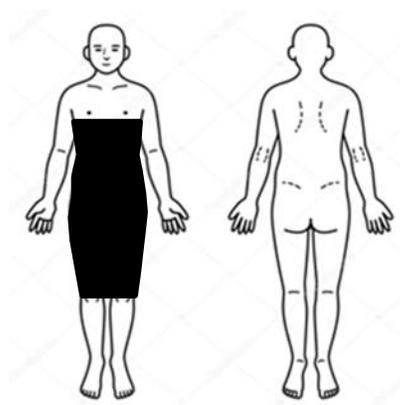


	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Vascular Periférico

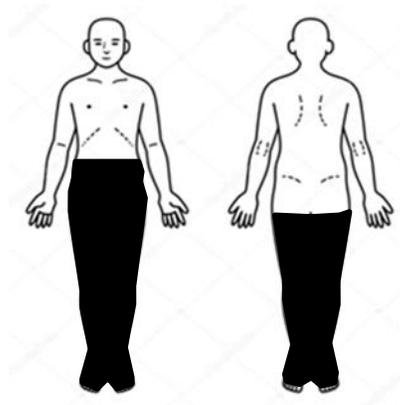
Intervención Quirúrgica:

- Resección de Aneurisma Aorto Abdominal (A.A.A.)
- Puente Aorto-renal
- Puente Aorto-iliaco
- Puente Aorto-bifemoral
- Enf. De Leriche



Intervención Quirúrgica:

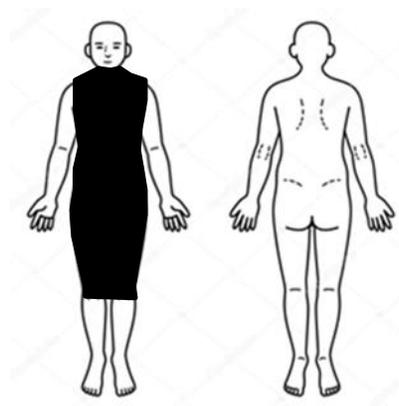
- Puente Femoro-poplíteo.



	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Intervención Quirúrgica:

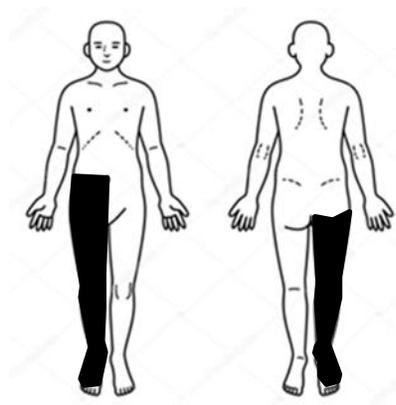
- Puente Axilo-bifemoral
- *Incluir recorte de vello axilar.



Cirugía Vascul Periférico

Intervención Quirúrgica:

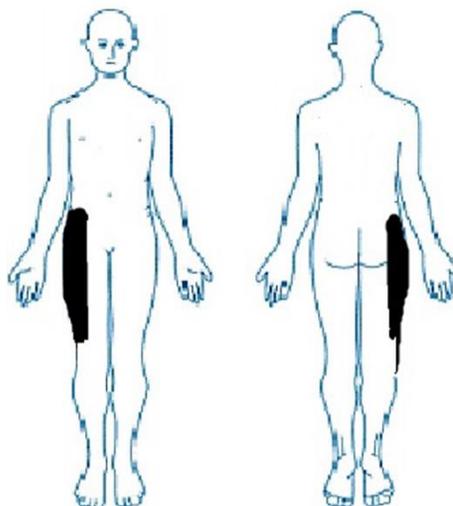
- Safenectomía



	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

Cirugía de Cadera Endoprótesis/DHS

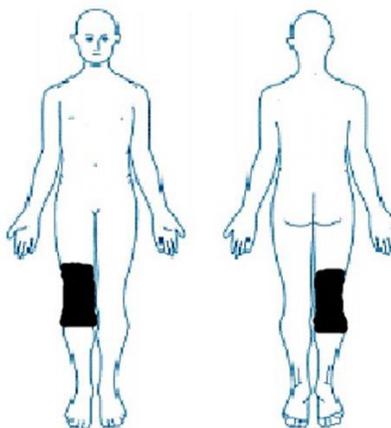


- Preparación intestinal: No requiere.
- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico. (si el paciente ingresa el día previo a la intervención quirúrgica se debe realizar 3 duchas o baños con jabón antiséptico).
- Aseo bucal con colutorio antiséptico: Se efectuará la noche anterior a la cirugía y previo traslado a pabellón.
- Los pacientes con Dg. de Fractura de Cadera, con indicación de Tracción de Partes Blandas (T.P.B.), se trasladarán con ésta a Centro Quirúrgico.

	HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

- Endoprótesis de rodilla

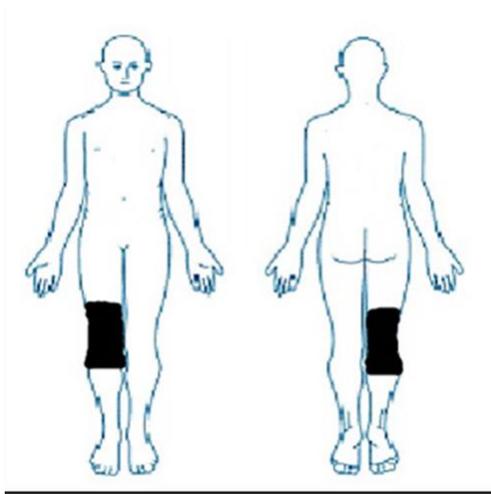


- Preparación intestinal: No requiere.
- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico (si el paciente ingresa el día previo a la intervención quirúrgica se debe realizar 3 duchas o baños con jabón antiséptico).
- En pacientes con yeso o valva de yeso o fijadores externos, el recorte de vello de debe realizar en Centro Quirúrgico.
- Aseo bucal con colutorio antiséptico: Se efectuará la noche anterior a la cirugía y previo traslado a pabellón.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

- Artroscopía de rodilla

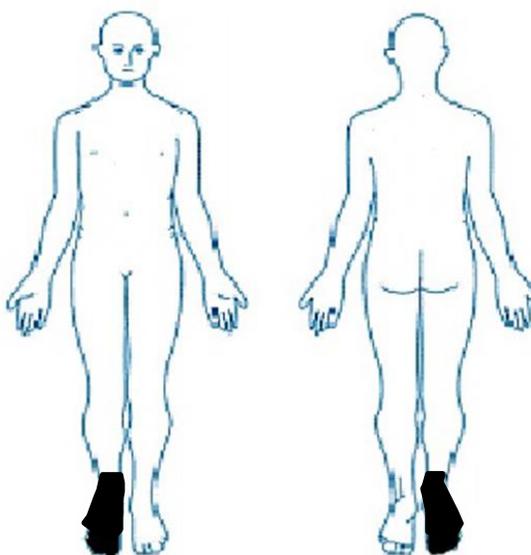


- Preparación intestinal: No requiere.
- Se efectuará baño con jabón antiséptico .

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

- Hallux Valgus

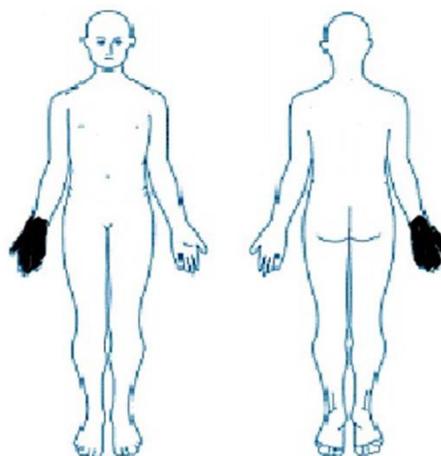


- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico.
- Preparación intestinal: No requiere.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

- Síndrome del Túnel Carpiano

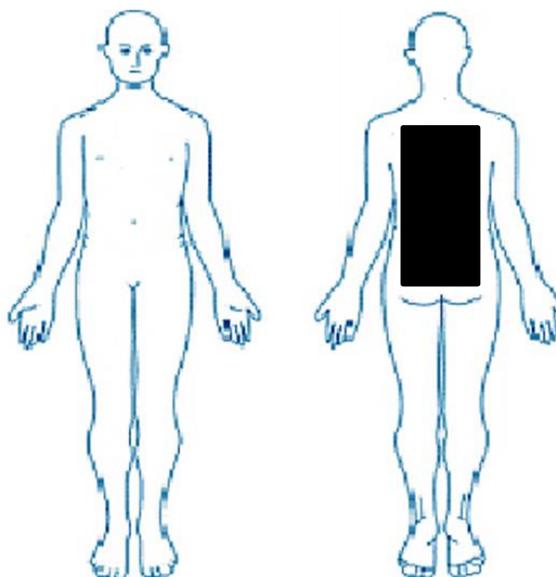


- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico .
- Preparación intestinal: No requiere.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Traumatológica

- Fijación de Columna

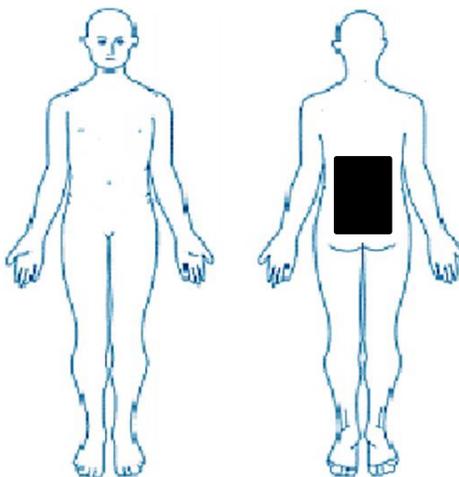


-
- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico .
 - Recorte de vello: Se efectuará preparación de zona de columna a intervenir (cervical, dorsal o lumbar), se deberá confirmar con médico tratante si el abordaje es anterior o posterior, antes de programar y efectuar el recorte de vello.
 - Se deberá considerar zonas crestas iliacas sólo si se va a utilizar injerto óseo.
 - Preparación intestinal: Requiere fleet enema.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Neuroquirúrgica

Hernia Núcleo Pulposa Lumbar

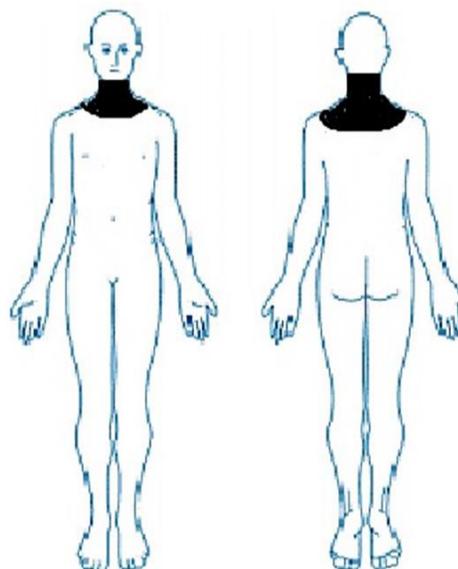


- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico
- Preparación intestinal: Requiere fleet enema.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
Codificación M-06		Versión N°: 8
		Total de páginas: 289

Cirugía Neuroquirúrgica

- Hernia Núcleo Pulposa Cervical

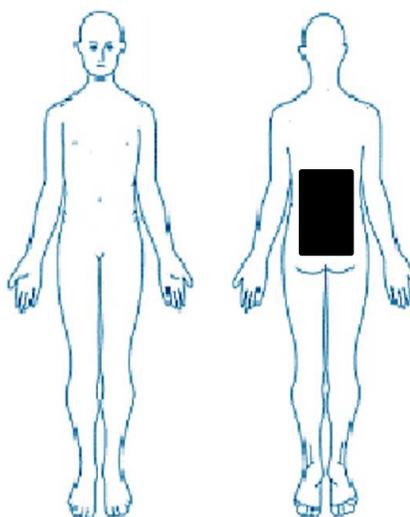


- Se efectuará baño o ducha con jabón antiséptico.
- Recorte de vello: anterior y posterior. Se deberá considerar zona de crestas iliacas, sólo si se va a utilizar injerto óseo.
- Preparación intestinal: Requiere fleet enema.
- Al momento de llevar al paciente a Centro Quirúrgico se debe llevar Collar Philadelphia (para posterior colocación en el post-operatorio).

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

Cirugía Neuroquirúrgica

- Bloqueo Facetario



-
- Se efectuará baño o jabón con jabón antiséptico.
 - Preparación intestinal: No requiere.

	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Fecha Elaboración: Abril, 2001
		Fecha Revisión: Abril, 2023
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA		Fecha Actualización: Abril, 2026
		Versión N°: 8
Codificación M-06		Total de páginas: 289

ANEXO N°2

CIRUGIAS QUE REQUIEREN FLEET

Hospital Naval "Almirante Nef".

LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE REQUIEREN FLEET ENEMA	
Tipo de cirugía	Requerimiento de fleet
Cirugía Vasculat	
EMBOLECTOMÍA UNI INFERIOR	SI
Cirugía Digestiva	
CIRUGÍA DE COLÓN	PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLÓN, SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA
CIRUGÍA ORIFICIAL (HEMORROIDES, FISURA Y FISTULA PERIANAL)	PREPARACIÓN DE COLÓN SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA
RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO SEGUNDO TIEMPO	PREPARACION DE COLÓN, SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA
Cirugía Traumatológica	
FIJACIÓN DE COLUMNA CERVICAL, LUMBAR, DORSAL CUALQUIER VÍA ABORD C/S OSTEOSÍNTESIS	SI
HERNIA NÚCLEO PULPOSA CERVICAL/ LUMBAR	SI
ESCOLIOSIS .TRAT.QUIR.CUALQUIER VÍA DE ABORD.	SI
RETIRO ELEMENTOS OSTEOSÍNTESIS DE COLUMNA	SI

*Las intervenciones quirúrgicas que no aparecen en listado, no requieren fleet enema.