
 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 1 de 142

## AREA: HOSPITALIZACION Y URGENCIAS ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE ENFERMERIA

### OBJETIVOS

- Obtener procesos asistenciales seguros planeando el manejo, cuidados e intervenciones a los usuarios, según su estado general y/o patología, informándolo durante la entrega y recibo de turno.
- Establecer estrategias de notificación de condiciones del usuario para su manejo y rehabilitación.
- Garantizar la continuidad del manejo de los usuarios.

### ENTREGA Y RECIBO DE TURNO

Es el procedimiento por medio del cual cada uno de los integrantes del equipo (los que salen del turno como los que asumen durante las próximas horas), releva y trasfiere la información relacionada con las funciones asistenciales y administrativas propias del cargo.

La entrega puede ser de forma verbal o escrita y debe ser al iniciar y terminar el turno según horario indicado. Durante el mismo se intercambia información de los pacientes incluyendo:

- Diagnóstico médico.
- Evolución.
- Tratamiento.
- Actividades y exámenes realizados o pendientes.
- Recibo actividades administrativas y elementos del servicio.

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Respeto entre los pacientes y familiares.
- Claridad en la información
- Utilización de lenguaje técnico, información relevante del usuario.



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
<b>1. Entrega de turno</b>		
Identificar al usuario	Medico Enfermera Auxiliar de enfermería	La entrega de turno se hace en cada cambio del personal del servicio, generalmente a las 7, las 13 y las 19 horas o cada vez que haya relevo en el personal que presta servicio. El personal debe presentarse en el servicio 10 minutos antes de la entrega de turno. Se debe presentar al usuario por nombre, edad, diagnóstico haciendo uso del kárdex de enfermería y/o formato de entrega de turno.
Describir el estado del usuario	Enfermera, auxiliares de enfermería	Describir en forma resumida pero completa el estado general del usuario, necesidades del cuidado de enfermería, actividades relacionadas con el tratamiento médico, controles especiales, signos vitales equipos, venoclisis, balance de líquidos, velocidad infusión, cambio de catéter, glucometrías etc.
Enunciar cuidados de enfermería, procedimientos y tratamientos suministrados y pendientes	Enfermera, auxiliar de enfermería	Comentar cada uno de las actividades de enfermería realizadas al usuario teniendo en cuenta lo indicado por el médico tratante, se hace en orden cronológico y se aclara la tolerancia y reacciones ante estos,.
Valorar el estado de salud del usuario, evolución y registros de enfermería en la historia clínica	Enfermera	La enfermera valorará en forma cefalocaudal al usuario, controla signos vitales y líquidos administrados y eliminados y demás controles de enfermería, verificando registros de enfermería en la

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 3 de 142



		historia clínica, integridad de la piel, riesgo de caída, necesidad de acompañante, limitaciones físicas (auditivas, visual y movilización), todos los procedimientos realizados y los pendientes.
Planear en el kárdex el cuidado de enfermería	Enfermera	Detalladamente enuncia las recomendaciones a tener en cuenta para incluir en el plan de atención de enfermería para el usuario: tratamiento diario y cuidados de enfermería. Informa y registra los pendientes como: resultados de laboratorio, toma de exámenes, terapias, interconsultas, etc.
<b>2. Recibo de turno</b>		
Estar atento a lo enunciado por el personal que entrega el turno	Enfermera y auxiliar de enfermería	Observación del usuario para encontrar las condiciones generales del mismo. Verificar todo lo enunciado en la entrega de turno
<b>SECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCION</b>
Registro en la historia clínica	Enfermera y auxiliar de enfermería	Realizar la anotación de enfermería registrando el estado en el cual se recibe al usuario con fecha y hora de inicio de turno
Programación de atención con las intervenciones de enfermería	Enfermera	Teniendo en cuenta datos de la entrega de turno, prescripciones médicas y valoración de enfermería, la enfermera realiza un plan de cuidado de enfermería individualizado, lo notifica al personal auxiliar y lo consigna en el kárdex.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 4 de 142

**AREA: HOSPITALIZACION Y URGENCIAS  
REVISION DE HISTORIA CLÍNICA**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Verificar correcto diligenciamiento en los datos de identificación en la historia clínica en el sistema.	Enfermera	Revisar que cada una de las hojas de la historia clínica este correctamente consignados los datos de identificación del usuario y correctamente enumeradas.  La historia clínica debe contener las hojas de registro: controles (si las órdenes médicas los indican), ingreso al servicio, órdenes médicas, evolución, paraclínicos, historia antigua ( si el médico la ha solicitado), se deben ordenar según fecha quedando en la parte superior la hoja de la fecha actual
2. Verificar que la h.c l. Este completa y correctamente ordenada	Enfermera	Consiste en la revisión de las órdenes médicas para determinar y programar las actividades necesarias para su cumplimiento y el registro en el kardex de enfermería. Según prioridad.
3. Revisar ordenes medicas	Enfermera	Se revisa la administración de medicamentos, paraclínicos, controles y notas de enfermería y los cumplimientos del plan de enfermería.
4. Verificar la administración de tratamientos y cumplimiento de órdenes médicas	Enfermera	se diligencian con los siguientes datos: nombre del usuario, número de cama, nombre del medicamento, vía de administración, dosis exacta y horario de administración

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 5 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
5. Elaborar tarjetas de medicamentos y de líquidos	Enfermera	Se diligencian con los siguientes datos: nombre del usuario, número de cama, nombre del medicamento, vía de administración, dosis exacta y horario de administración
6. Registrar nombre y apellidos de enfermera que revisa la historia con fecha y hora.	Enfermera	Se verifica si el índigo permite visado de enfermería

**NOTAS DE ENFERMERIA  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION-PARTOS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Presentar al usuario.	Enfermera y auxiliares de enfermería	Registrar sexo, diagnostico medico actualizado, día de hospitalización, seguridad social, presencia de equipos invasivos, como venocclisis, catéter, férulas, tracciones, entre otras y su ubicación en el cuerpo del usuario.
2. Registrar datos subjetivos del usuario ( s )	Enfermería	Consignar la percepción del usuario y/o familia sobre el problema de salud, signos y síntomas referidos por el paciente o familia, escribiéndolos entre comillas.
3. Registrar datos objetivos del usuario (o)	Enfermería	Consignar valores de : signos vitales, peso, talla, glasgour, balance de líquidos, glucometria

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	V6	<b>PÁGINA</b> 6 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
4. Registrar datos de valoración cefalocaudal de enfermería ( a )	Enfermería	Registrar datos positivos de la valoración física cefalocaudal de enfermería presencia de equipos invasivos como catéteres, venoclisis, férulas, tracciones. Presencia de hematomas equimosis, heridas, edemas, alergias.
5. Registrar datos del plan de atención de enfermería y pendientes ( p )	Enfermería	Enumerar las actividades realizadas en el cuidado de enfermería al usuario y la ejecución de las prescripciones médicas así como las pendientes y trámites administrativos en proceso.

### ADMISION DEL USUARIO DE URGENCIAS AREA: URGENCIAS

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Solicitar servicio de urgencias	Usuario	Usuario llega al servicio de urgencias y solicita ser atendido. La auxiliar de facturación solicita la documentación, revisa la base de datos si es usuario subsidiado, vinculado o soat, si es particular no solicita nada. En caso de menores de un año sin seguridad social se debe solicitar afiliación según EPS de sus padres y no cancela por la atención de urgencias.
2. Elaborar el ingreso de consulta de urgencias	Facturador o admisioncita	La facturadora o facturador realiza la admisión realizando el ingreso del usuario ,revisando que todos los ítems estén bien diligenciados en el software o índigo



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
3. Triage	Auxiliar de enfermería	La auxiliar de enfermería realiza el triage; toma signos vitales (temperatura, tensión arterial, pulso y respiración) y peso. Registra en la h.cl. Informa al médico o a la enfermera jefe del servicio si encuentra alguna alteración en los mismos para su clasificación y atención.
4. Atención médica y evaluación de la urgencia	Médico	Si la urgencia es eminente, el usuario será valorado inmediatamente y definida la conducta a seguir (observación, hospitalización remisión a segundo nivel, toma de paraclínicos, formulación o aplicación de medicamentos o el alta del servicio). En todos los casos el médico valorara al usuario y definirá si es consulta pertinente o no.
5. Facturación del servicio	Facturador /auxiliar de enfermería	Si el paciente viene acompañado, el familiar se enviará a caja a facturar, en ningún caso se harán copagos en la atención de urgencias cuando es considerada como tal por el médico, en caso de que no sea pertinente y el usuario no cancele la tarifa plena se facturara como una consulta no pertinente en urgencias.
6. Brindar cuidado de enfermería y realizar procedimientos según prescripción médica y consigna en la historia clínica.	Enfermera Aux. De enfermería	Bajo la supervisión de la enfermera la auxiliar toma muestras para laboratorio, administra medicamentos y da educación relacionada con el estado de salud del paciente. Se direcciona al servicio requerido.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 8 de 142

**VALORACION DE SIGNOS VITALES-RESPIRACION  
AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Ubicación del paciente	Enfermera/aux. De enfermería	Coloque el usuario en posición cómoda acostado /o sentado. En caso de vómito, se debe colocar la cabeza de medio lado, aflojar las prendas de vestir.
3. Control de la respiración	Enfermera/aux. De enfermería	Observe los movimientos de inhalación y exhalación del tórax o abdomen. Cuento las respiraciones durante 1 minuto.
4. Registro en la historia Clínica	Enfermera/aux. De enfermería	Anote la cifra en la historia clínica para verificar cambios

**VALORACION DE SIGNOS VITALES – TEMPERATURA AXILAR  
AREA: SERVICIOS MISIONALES**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Explicar del procedimiento	Auxiliar de enfermería	Explicar al usuario el procedimiento, teniendo en cuenta técnica, duración de la colocación del termómetro, valor considerado como hipertermia.
2. Revisar del termómetro	Auxiliar de enfermería	Tomar el termómetro y un algodón seco, realizando la limpieza de la ampolla de mercurio hacia arriba, con movimientos circulares. Además se debe verificar que la columna de mercurio esté

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 9 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
3. Colocar del termómetro	Auxiliar de enfermería	marcando por debajo de 35° c. Previa limpieza de la axila del paciente, se coloca el termómetro bajo la axila del paciente de tal manera que la ampolla quede en el centro de la axila. Se deberá pedir a la persona que lo sostenga suavemente durante 5 minutos. Si es un niño, sosténgale el brazo.
4. Leer la temperatura	Auxiliar de enfermería	Retire el termómetro, límpielo y lea la temperatura; descienda la temperatura sacudiéndolo suavemente.

**VALORACION DE SIGNOS VITALES – PULSO**  
**AREA: SERVICIOS MISIONALES**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Explicar el procedimiento	Auxiliar de enfermería	Explicar el procedimiento al usuario teniendo en cuenta la técnica.
2. Ubicar del usuario	Auxiliar de enfermería	Coloque el usuario en posición cómoda, sentada o acostada, haciendo descansar en un plano firme el sitio donde va a tomar el pulso.
3. Palpar la arteria	Auxiliar de enfermería	Haga presión suave sobre la arteria. Cuente el número de pulsaciones en 1 minuto y rectifíquelo en otro minuto si tiene dudas.
4. Registrar en la historia clínica	Auxiliar de enfermería	Registre el pulso y las características del mismo. Si el valor encontrado está por debajo de 60 pulsaciones por minuto, se debe avisar al médico

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 10 de 142

**VALORACION DE SIGNOS VITALES – TENSION ARTERIAL  
AREA: SERVICIOS MISIONALES**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Explicación del procedimiento	Auxiliar de enfermería	El usuario debe estar libre tanto física como psicológicamente.
2. Ubicación del usuario	Auxiliar de enfermería	Coloque al paciente en forma cómoda, en decúbito dorsal o sentado.
3. Postura del brazalete del tensiómetro	Auxiliar de enfermería	Descubra el brazo y colóquelo el brazalete aproximadamente dos dedos arriba del pliegue del codo, evitando que quede muy ajustado o muy flojo. Si el manómetro es de aire fíjelo sobre el brazalete en la cara anterior, si es de mercurio, colóquelo en un plano horizontal.
4. Medición de la tensión arterial	Auxiliar de enfermería	<p>Localice la arteria y sostenga sobre ella el tambor del fonendoscopio, sino la palpa coloque el tambor sobre el trayecto anatómico de la arteria. Tome la pera con la mano libre, cierre la llave sin ajustarla demasiado, insufla aire hasta que el mercurio suba a una altura conveniente y deje de sentir el pulso.</p> <p>Abra la llave para que el aire salga en forma gradual. Observe la columna de mercurio o aguja del manómetro y escuche el primer golpe fuerte que corresponde a la tensión sistólica y el último golpe que corresponde a la tensión diastólica.</p>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 11 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		Deje escapar todo el aire hasta que la aguja o el mercurio marque 0.
5. Registro en la historia clínica	Auxiliar de enfermería	Registre los datos de la tensión arterial en la historia clínica

**AREA: URGENCIAS  
PRUEBA DE SENSIBILIDAD A LA PENICILINA**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Solicitud del servicio	Usuario	Presenta orden médica y medicamento en el servicio de urgencias.
2. Recepción del usuario o Facturación del servicio	Enfermera o auxiliar de enfermería	Se recibe la orden médica y el medicamento. Si es una prueba enviada por médicos de la empresa no se factura ni se cancela, si es externa se debe realizar la respectiva facturación y cobro.
3. Facturación del servicio	Facturación	Facturar el procedimiento y entregar factura al usuario
4. Interrogar al usuario sobre reacciones alérgicas e hipersensibilidad	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se interroga al usuario sobre antecedentes de reacciones alérgicas e hipersensibilidad. Uso de los 10 correctos.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*



 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
5. Preparar solución para realizar prueba	Enfermera	La preparación de la penicilina cristalina de 1.000.000 es así: disuelva el frasco de penicilina cristalina de 1.000.000 de unidades en 10 c.c de agua destilada (1 cc = 100.000 u). * deje 1 c.c de esta solución y agregue 9 cc de agua destilada hasta completar 10 c.c de solución (1 c.c = 10.000 u). * deje 1 c.c y agregue 9 c.c de agua destilada hasta completar 10 c.c de solución (1 c.c = 1.000 u). * deje de la anterior solución 1 c.c y agregue 9 c.c de agua destilada llevando 10 c.c de solución (1 c.c = 100 u). * De la mezcla anterior saque 1 décima y aplique al paciente en forma intradérmica. Espere 20 minutos para interpretar la prueba.
6. Preparar el material para realizar la prueba de sensibilidad	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Bandeja con: jeringa (aguja delgada y de media pulgada), torundas de algodón secas, torundas de algodón húmedas con alcohol, lapicero o sharpie y solución preparada para aplicar la prueba.
7. Alistar medicamentos y equipos necesarios en caso de que el paciente resulte alérgico o presente un shock anafiláctico.	Enfermera	Revisar equipo de reanimación (carro de paro, equipo de succión, laringoscopio, tensiómetro, fonendoscopio, entre otros), medicamentos: atropina, adrenalina, furosemida, lanitop, cánulas orotraqueales, jeringas, etc.
8. Explicar al usuario el procedimiento a realizar	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se informa al usuario vía de administración del medicamento y finalidad del mismo.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
9. Realizar lavado de manos	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Realizar lavado de manos aplicando técnica limpia.
10. - aplicar la pps.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Realizar la asepsia con algodón humedecido con alcohol en la región anterior del antebrazo. Se limpia en forma circular desde el centro hacia la periferia. Con el bisel hacia arriba introduzca la aguja en un ángulo de 10 a 15 grados de tal forma que la punta de la aguja quede en la dermis. Inyecte 001 mg de la sustancia lentamente. Retirar lentamente la aguja y limpiar el sitio de punción sin hacer presión, realizar suavemente la demarcación con lapicero o marcador alrededor de la punción.
11. Aplicar la dosis exacta.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Una vez aplicada la prueba, retirar la aguja en el mismo ángulo empleado para la inserción y limpiar sin presionar.
12. Demarcar el sitio de prueba	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Una vez administrada la prueba de sensibilidad se demarca el sitio haciendo con lapicero un círculo de más o menos dos centímetros de radio.
13. Interpretación de la prueba cutánea.	enfermera, medico	Sin roncha ni eritema, resultado negativo con eritema menor de 20mm y roncha menor de 5mm, resultado negativo. Con eritema de 20mm o mas y ronchas de 5mm o más, resultado positivo.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 14 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
14. Realizar el registro en la historia clínica si el usuario está hospitalizado o en consulta de urgencias	Enfermera y/o auxiliar de enfermería. (todos según su participación en la respuesta a la prueba)	Registrar nota de enfermería y dasborar de farmacia de la historia clínica (Indigo).La reacción y la interpretación del resultado de la prueba de sensibilidad se registra en notas de enfermería

## PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

### AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS:</b> SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.
<b>DEFINICION</b>
Es la preparación y administración de medicamentos prescritos por vía intravenosa de acuerdo a la prescripción médica.
<b>OBJETIVO GENERAL</b>
Preparar y administrar al usuario el tratamiento prescrito por el médico tratante, con el fin de lograr una acción preventiva, diagnóstica y terapéutica para lo cual fue creado el medicamento.
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intravenosa en condiciones de seguridad.</li> <li>• Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.</li> <li>• Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.</li> <li>• Disminuir el riesgo de reacciones anafilácticas.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

### EQUIPOS Y MATERIALES

- Medicación prescrita.
- Orden medica
- Tarjetas de medicamentos.
- Guantes desechables.
- 1 Jeringa y aguja para inyección IM.
- Torunda algodón.
- Antiséptico.
- Registros de enfermería (sistema)

### PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10 correctos:</b></li> <li>1. Paciente correcto</li> <li>2. Dosis correcta</li> <li>3. Vía y velocidad de administración correcta</li> <li>4. Horario correcto</li> <li>5. medicamento correcto</li> <li>6. Verificar fecha de caducidad</li> <li>7. Registrar medicamentos aplicados</li> <li>8. Informar al paciente e instruir acerca de los medicamentos que está recibiendo</li> <li>9. Comprobar que el paciente no este ingiriendo ningún medicamento ajeno al prescrito.</li> <li>10. Estar enterados de posibles reacciones: Vómitos, bradipnea, incapacidad para hablar, palidez, cianosis peribucal o ungueal, convulsiones, alergia, etc.</li> </ul>	<p>Ordenes Medicas (verificar en el sistema) Formula Medica Tarjeta de Medicamentos (registrar en fisico)</p>

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial).
- Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de venopunsion.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido.
- Envasar el medicamento y diluir con solución salina 0.9% con la cantidad que se requiera para cada uno, escoger vena de grueso calibre (si no hay vena canalizada) o ubicar el sitio de punción (venocllisis) y limpiar con algodón húmedo con alcohol de forma circular del centro a la periferia. Realizar punción, aspirar comprobando que haya retorno sanguíneo asegurando la administración del medicamento, si se administra a través de equipo de venocllisis se debe suspender paso de mezcla o líquido permanente mientras se administra el medicamento, posteriormente inyectar

**Protocolo administración  
de Medicamentos**

lentamente, antes de retirar jeringa se ubica una torunda de algodón seca si la punción es directa a la vena, realizar presión en el área de punción hasta que haya hemostasis. Tener en cuenta los cuidados de enfermería para la administración de cada medicamento.



- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor de objetos punzantes, según criterios de segregación de residuos.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente a la aplicación del medicamento en el sistema y tarjeta de medicamentos (físico).

#### **CRITERIOS DE EVALUACION**

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta del paciente a la aplicación del medicamento.

#### **BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA**

1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 331 – 332.
2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 250-253.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 18 de 142

**AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR**

**PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS:** SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICA BAJA COMPLEJIDAD.

**DEFINICION**

Es la preparación y administración de medicamentos prescritos por vía intramuscular de acuerdo a la prescripción médica.

**OBJETIVOS**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intramuscular en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.
- Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Disminuir el riesgo de reacciones anafilácticas.
- Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.

**EQUIPOS Y MATERIALES**

- Tarjeta de medicamentos
- Solución antiséptica para desinfección
- jeringa y agujas desechables, seleccionar tamaño y calibre según el sitio de inserción, la edad del paciente y el volumen a administrar.
- Jeringa 3 mL con aguja de 23G Y 1”, para niños menores de 5 años.
- Medicamento
- Torundas de algodón con alcohol
- Bolsa para desperdicios
- Riñonera
- Contenedor para material punzante (guardián).

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

- Guantes
- Gorro
- Tapabocas
- Registros de enfermería (sistema)

**PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10 correctos</b></li> <li>• Colóquese el tapabocas</li> <li>• Lávese las manos</li> <li>• Observe la tarjeta del medicamento y verifique nombre del usuario, nombre del medicamento, dosis y hora.</li> <li>• Salude al paciente, explíquelo el procedimiento y pídale colaboración</li> <li>• Diluya con técnica aséptica el medicamento.</li> <li>• Colóquelo en decúbito ventral</li> <li>• Divida mentalmente el glúteo en cuatro cuadrantes.</li> <li>• Tome la medida de la cresta iliaca al cuadrante superior externo del glúteo.</li> <li>• Realice desinfección del área con la torunda alcoholada siempre del centro a la periferia.</li> <li>• Deje secar el alcohol y desaire la jeringa.</li> <li>• Pellizque la piel y en un movimiento rápido introduzca la aguja en dirección perpendicular a la piel en un ángulo de 90° y el bisel hacia arriba.</li> </ul>	<p><b>Protocolo administración de Medicamentos</b></p> <p>Ordenes Medicas (verificar en el sistema) Formula Medica Tarjeta de Medicamentos (registrar en físico)</p>

- aspire para estar seguro de no haber puncionado ningún vaso.
- Suelte el pellizco y empuje el émbolo e introduzca el medicamento lentamente.
- Con un movimiento rápido retire la aguja, haga presión en el sitio de punción con una torunda seca.
- Deje cómodo al paciente
- Recoja los elementos y organícelos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente a la aplicación del medicamento en el sistema y tarjeta de medicamentos (físico).

### OBSERVACIONES

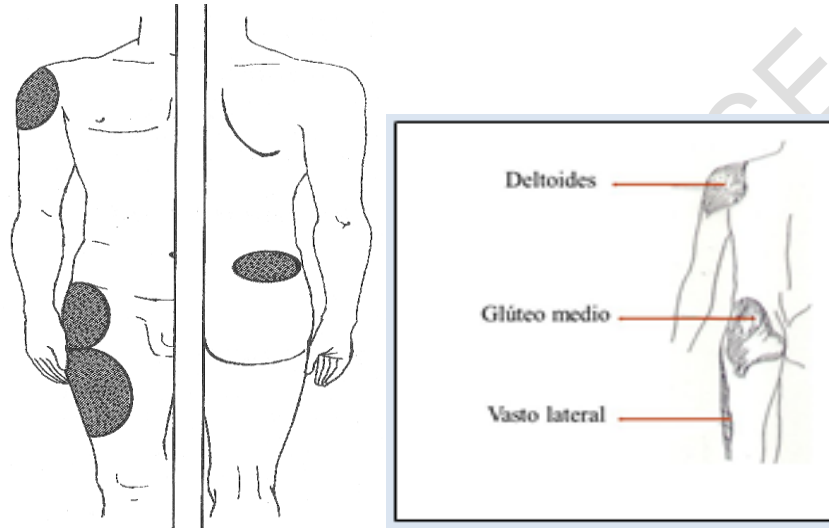
Las zonas de punción son:

1. Músculo glúteo mayor (adultos)..... 0.1 a 5 ml.
2. Músculo vasto lateral externo (adultos)..... 0.1 a 5 ml.
3. Músculo vasto lateral externo (niños)..... 0.1 a 1 ml.
4. Músculo deltoides (adultos)..... 0.1 a 2 ml.
5. Músculo ventroglúteo (> 7 meses)..... 0.1 a 5 ml.

Localización de los puntos de punción:

- Vasto externo: 1/3 medio
- Glúteo mayor: por encima y hacia fuera de la línea que une la espina iliaca posterosuperior y el trocánter mayor del fémur (cuadrante supero externo del glúteo).
-

### LUGAR DE COLOCACION DE MEDICAMENTOS IM





### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta del paciente a la aplicación del medicamento.

### BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 331 – 332.
2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 250-253

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 22 de 142

**AREA: HOSPITALIZACION Y URGENCIAS  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS:</b> SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.		
<b>DEFINICION</b>		
<p>Es el procedimiento que permite el paso de un medicamento a la circulación sistémica a través de la cavidad oral de acuerdo a la prescripción médica.</p>		
<b>OBJETIVOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral en condiciones de seguridad, incluyendo el preguntar acerca de las posibles alergias.</li> <li>• Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> </ul>		
<b>EQUIPOS Y MATERIALES</b>		
<p>Carro de medicamentos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación prescrita.</li> <li>• Tarjeta de medicamentos Actualizada</li> <li>• Guantes desechables.</li> <li>• Jeringas dosificadores o vaso dosificador</li> <li>• Vasos para líquidos</li> <li>• Agua</li> <li>• Bolsa para desperdicios</li> </ul>		
<b>PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>QUE SE HACE</b>	<b>DOCUMENTOS</b>
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10 correctos</b> Organice el equipo necesario</li> </ul>	

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*



- Revise la tarjeta de medicamentos
- Lávese las manos
- Salude al paciente y explíquele la medicación que le va a administrar.
- Sirva el medicamento sin tocarlo con sus dedos (Dilúyalo si es necesario, pero no lo triture).
- Si es un frasco quite la tapa y colóquela sobre la mesa con los bordes hacia arriba
- Mida por el lado contrario a la etiqueta la cantidad exacta de jarabe ordenada y limpie el frasco.
- Coloque los medicamentos sólidos en la mano del paciente, suminístrele agua y espere a que los degluta.
- Si es un niño diluya el medicamento con agua y deséelo con la cucharita y espere a que lo degluta.
- Realice el registro anotando dificultades para la administración y aceptación o no por parte del usuario.
- En los medicamentos multidosis como jarabes, inhaladores y otros; rotule cada medicamento con los datos solicitados en el sticker de multidosis
- medicamento con los datos solicitados en

Historia Clínica  
Ordenes Medicas - Formula  
Medica – Tarjeta de  
Medicamentos

el sticker Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente a la administración del medicamento en las tarjetas y el sistema.

### OBSERVACIONES

- Para la administración de medicamentos por vía oral en lactantes la jeringa o el gotero son los instrumentos más adecuados. Poner pequeñas cantidades de líquido o lo largo de los lados de la boca del lactante.
- Para prevenir la aspiración e impedir que el niño escupa el medicamento, esperar hasta que lo degluta antes de administrar más cantidad.
- Los niños que tomen medicamentos edulcorados durante mucho tiempo deben lavarse la boca tras la administración del fármaco, debido al elevado riesgo de caries dental.
- Los medicamentos que provocan erosión de la mucosa gástrica se administrarán con las comidas y nunca inmediatamente antes de acostarse.
- Valorar la influencia de los alimentos en la absorción del medicamento.
- Existen varios tipos de presentaciones de los medicamentos por vía oral:
  - Comprimidos: Preservar de la humedad, luz y aire. Las formas de liberación controlada o los comprimidos con recubrimiento entérico no triturar ni diluir Los comprimidos efervescentes hay que diluirlos totalmente.
  - Grageas y cápsulas: No triturar ni retirar la cápsula protectora. No administrar con leche o alcalinos pues disuelven la cobertura protectora. Administrar con estómago vacío y abundante agua para que llegue antes al intestino.
  - Polvos: una vez disueltos administrarlos.
  - Jarabes: si se toma con otros medicamentos, tomar el jarabe en último lugar.
  - Suspensiones: agitar bien antes de administrar y las suspensiones antiácidas no deben diluirse.
- El proceso empleado para la trituración de los medicamentos no debe dar como resultado un medicamento con una eficacia menor, un mayor riesgo de toxicidad, o una presentación inaceptable, para la persona en términos

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 25 de 142

de sabor o textura.

- La lista de medicamentos que no deben ser triturados o mezclados con otros medicamentos y/o alimentos, como productos lácteos estará situada en un lugar fácilmente accesible y visible.
- Administre los medicamentos sin mezclar diferentes medicamentos simultáneamente en la misma jeringa.
- Lave el triturador y la jeringa, séquelos y déjelos dispuestos, para la siguiente preparación. (la jeringa para administración de medicamentos por sonda se cambiará diariamente).
- Los medicamentos citostaticos (anticancerosos) no se deben triturar.

#### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.

#### BIBLIOGRAFIA



1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 296
2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 222-223.
3. Hospital Universitario de Neiva, ABC de los medicamentos utilizados en el paciente critico Neiva 2015. Pág. 96-511
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, CIMA: Buscador avanzado de medicamentos. Aemps.es. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 26 de 142

**AREA: HOSPITALIZACION Y URGENCIAS  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÁNEA**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS:</b> SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.
<b>DEFINICION</b>
Maniobras que se realizan para introducir una pequeña cantidad de medicamento en el tejido celular subcutáneo mediante aguja y jeringa.
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía subcutánea en condiciones de seguridad.</li> <li>• Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> </ul>
<b>EQUIPOS Y MATERIALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carro de administración de medicamentos dotado de:</li> <li>• EPP.</li> <li>• Medicación prescrita.</li> <li>• Tarjetas de medicamentos actualizados.</li> <li>• Guantes desechables.</li> <li>• 1 Aguja subcutánea.</li> <li>• 1 Jeringa de 1 o 2 ml.</li> <li>• Aguja N° 23</li> <li>• Torunda algodón.</li> <li>• Antiséptico.</li> <li>• Bolsa para desperdicios</li> <li>• Riñonera</li> <li>• Contenedor para material punzante (guardián).</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



**PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
<p>Enfermero / Auxiliar de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10.</b></li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis).</li> <li>• Informar el procedimiento a realizar.</li> <li>• Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>• Colocarse los guantes.</li> <li>• Elegir el lugar de punción.</li> <li>• Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido.</li> <li>• Valorar la zona de punción por si hay contusiones, edemas, lesiones, abrasiones o infecciones.</li> <li>• Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico y dejar secar.</li> <li>• Formar un pliegue cutáneo bien definido con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.</li> <li>• Sostener jeringa con mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de 45-90° y soltar la piel.</li> <li>• Aspirar para comprobar que no se ha</li> </ul>	<p>Historia Clínica (Indigo) Ordenes Medicas - Formula Medica – Tarjeta de Medicamentos</p> <p><b>Protocolo administración de Medicamentos</b></p>

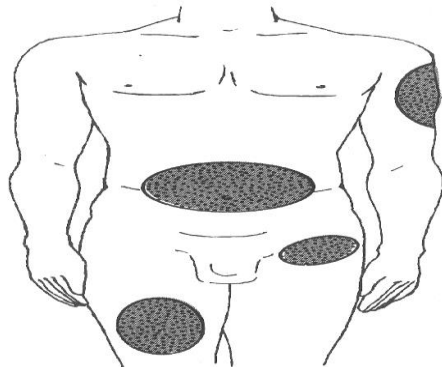
- conectado con un vaso sanguíneo e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento)
- Se recomienda no aspirar al administrar insulina.
  - Inyectar lentamente.
  - Retirar la aguja y jeringa, soltar el pliegue cutáneo, aplicar una suave presión sobre la zona de punción (sin friccionar).
  - Desechar la aguja y jeringa en el contenedor de objetos punzantes, según criterios de segregación de residuos.
  - Dejar al paciente en posición cómoda.
  - Recoger el material.
  - Retirarse los guantes.
  - Realizar lavado de manos.
  - Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente, en el sistema.

#### **OBSERVACIONES**

- Alternar zonas de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo y abscesos.
- Las zonas más frecuentes son: abdomen, parte externa brazos, parte externa muslos.
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos preparados se cargará primero la insulina rápida. Se debe administrar la mezcla antes de 5 minutos pues la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 29 de 142

### LUGAR DE COLOCACION DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTANEA



### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.

### BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA



1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 328.
2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 245

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 30 de 142

**AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRADERMICA**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.</b>		
<b>DEFINICION</b>		
Introducción de una mínima cantidad de medicamento en las capas superficiales de la piel dejando una pápula o botón en piel de naranja.		
<b>OBJETIVOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intradérmica en condiciones de seguridad.</li> <li>• Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> </ul>		
<b>EQUIPOS Y MATERIALES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carro de Administración de Medicamentos Completamente dotado de los insumos y medicamentos:</li> <li>• Medicación prescrita.</li> <li>• Orden médica (verificar en el sistema)</li> <li>• Guantes desechables.</li> <li>• 1 Aguja intradérmica.</li> <li>• 1 Jeringa hipodérmica.</li> <li>• Torunda algodón.</li> <li>• Antiséptico.</li> <li>• Registros de enfermería (sistema)</li> </ul>		
<b>ACTIVIDADES</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>QUE SE HACE</b>	<b>DOCUMENTOS</b>
Enfermero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar formato de aplicación de medicamentos y socializarlos al final</li> </ul>	Formato 10 correctos PSP

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*



LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

	o comienzo de cada mes con auxiliares	
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10 correctos.</b></li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis).</li> <li>• Colocarse los guantes.</li> <li>• Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado con el codo y el antebrazo extendidos y apoyados en una superficie plana.</li> </ul>	Formato 10 correctos PSP
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar zona de punción y examinar la piel por si hay contusiones, edemas, lesiones. Se utiliza la cara anterior del antebrazo. En niños escápula.</li> </ul>	<b>Protocolo administración de Medicamentos</b>
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de adentro hacia afuera.</li> <li>• Dejar secar el antiséptico.</li> <li>• Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice. Insertar la aguja de forma que el bisel quede hacia arriba con un</li> </ul>	<b>Protocolo administración de Medicamentos</b>

	<p>ángulo de 15- 20°.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avanzar la aguja despacio y paralelamente al tejido cutáneo, de modo que a través de éste podamos ver el bisel de la aguja aproximadamente 3mm.</li> </ul>	
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyectar la medicación lentamente hasta formar una vesícula.</li> <li>Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.</li> <li>No frotar ni dar masaje en la zona.</li> <li>Dejar al paciente en posición cómoda.</li> </ul>	<b>Protocolo administración de Medicamentos</b>
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recoger el material punzante y depositarlo en el contenedor según los criterios de segregación de residuos.</li> <li>Retirarse los guantes.</li> <li>Realizar lavado de manos.</li> </ul>	<b>NA</b>
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y reacciones del paciente a la administración del medicamento.</li> </ul>	Historia clínica del paciente
Enfermera	Realizar verificación de los 10 correctos y documentar para entregar oficina de calidad	Lista de chequeo

 <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 33 de 142

Oficina Calidad	Consolidar información de resultados de monitorización o chequeo	Informe de Auditoría
Enfermera	Realizar socialización de los PMC	Planes de Mejoramiento
<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.</li> <li>2. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.</li> </ol>		
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 325</li> <li>2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 243</li> </ol>		

**AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA OFTAMICA**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS: SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.</b>
<b>DEFINICION</b>
Es la administración de medicamentos prescritos por vía oftálmica de acuerdo a prescripción del médico.
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oftálmica en condiciones de seguridad.</li> <li>• Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.</li> <li>• Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

### EQUIPOS Y MATERIALES

- Medicación prescrita.
- Orden medica (verificar sistema)
- Tarjetas de medicamentos
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa.
- Solución salina.
- Apósitos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos oftálmicos.
- Registros de enfermería (sistema)

### PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<p><b>a) COLIRIOS:</b> Son soluciones o suspensiones acuosas oleosas destinadas a la instilación ocular (saco conjuntival).</p> <p><b>b) POMADAS</b> Las pomadas oftálmicas o ungüentos son preparaciones semisólidas destinadas a su aplicación sobre la conjuntiva. (Aplicación en la parte externa del ojo), deseche la primera</p>	Protocolo administración medicamentos

<p>Enfermero / Auxiliar de enfermería</p>	<p>porción de la misma entre uso y uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tener en cuenta los 10 correctos</b></li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Preparar la medicación.</li> <li>• Preservar la intimidad del paciente.</li> <li>• Informar al paciente.</li> <li>• Solicitar al paciente y familia su colaboración.</li> <li>• Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.</li> <li>• Colocarse los guantes.</li> <li>• Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico etiquetando el envase con el nombre del paciente y fecha de apertura.</li> <li>• Colocar al paciente en posición sentado o decúbito supino con el cuello en leve hiperextensión.</li> <li>• Indicar al paciente que mire hacia arriba.</li> <li>• Realizar higiene de los ojos.</li> <li>• Desechar la primera gota o primera porción de la pomada antes de instilar el tratamiento.</li> <li>• Instilar la medicación en el saco conjuntival.</li> </ul>	<p>Protocolo administración medicamentos</p>
---	---	--

- Aplicar el medicamento:
- Limpiar el exceso de medicación y de secreciones con una gasa estéril desde el ángulo interno al externo.
- Colocar apósito oftálmico si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente y la reacción del paciente al medicamento (sistemas) y en la tarjeta de medicamentos (físico).

#### OBSERVACIONES



- El fármaco debe estar a temperatura ambiente antes de su administración.
- Con respecto a los colirios, su período de caducidad una vez abiertos es de 1 mes.
- Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5-10 minutos.
- Cuando coincida la instilación de un colirio y la aplicación de una pomada, pon siempre primero el colirio, y a los 5-10 minutos la pomada.

#### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 37 de 142

<p>Pág. 310</p> <p>2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 232</p>
---

**AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA RECTAL**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS: SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD.</b>
<b>DEFINICION</b>
Administración de medicamentos prescritos por vía rectal con fines terapéuticos o como preparación para pruebas complementarias.
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía rectal en condiciones de seguridad, incluyendo preguntar acerca de posibles alergias.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> <li>• Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.</li> </ul>
<b>EQUIPOS Y MATERIALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toalla</li> <li>• Medicación prescrita.</li> <li>• Orden medica</li> <li>• Tarjetas de medicamentos</li> <li>• Guantes desechables.</li> <li>• Gasas no estériles.</li> <li>• Solución jabonosa o jabón neutro.</li> <li>• Enemas medicamentosos</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina



PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener en cuenta los 10 correctos.</li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Preservar la intimidad del paciente</li> <li>• Determinar la presencia de estreñimiento, diarrea y la habilidad del paciente para retener supositorio o enema.</li> <li>• Colocar al paciente en posición Sims, cubrirlo y dejar al descubierto únicamente las nalgas.</li> <li>• Explicar el procedimiento al paciente.</li> <li>• Colocarse los guantes.</li> <li>• Examinar el ano y realizar higiene de los genitales, si precisa.</li> <li>• Pedir al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas por la boca.</li> <li>• Separar las nalgas con la mano no dominante.</li> <li>• Introducir suavemente el</li> </ul>	<p>Ordenes Medicas - Formula Medica – Tarjeta de Medicamentos</p>

supositorio o cánula a través del ano a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca.

- Indicar al paciente que permanezca en posición horizontal o de lado y que retenga la medicación unos 20 minutos.
- Limpiar la zona anal con gasas.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente en el sistema y tarjeta de medicamentos.

### **OBSERVACIONES**

- Los enemas o supositorios laxantes se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Deben conservarse en un sitio fresco y protegido de la luz, pero no es necesario y ni siquiera conveniente en muchas ocasiones, guardarlos en la nevera. En cualquier caso deben seguirse las instrucciones del fabricante, así como verificar la fecha de caducidad antes de su aplicación.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 40 de 142

### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Realice la nota de enfermería
3. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.

### BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 304
2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 228

## AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

### PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS: SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD

#### DEFINICION

Es la administración de fármacos debajo de la lengua de medicamentos prescritos por vía sublingual.

#### OBJETIVOS

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía sublingual en condiciones de seguridad, incluyendo el preguntar al paciente sobre las posibles alergias.
- Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.

#### EQUIPOS Y MATERIALES

- Medicación prescrita (fármaco)
- Orden medica
- Tarjetas de medicamentos

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828



 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

- Guantes desechables.
- Registros de enfermería (sistema)

**PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
<p>Enfermero / Auxiliar de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenga en cuenta los 10 correctos</li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Colocar al paciente en posición semi-fowler o fowler (sentado).</li> <li>• Colocarse los guantes no estériles.</li> <li>• Colocar la medicación debajo de la lengua del paciente.</li> <li>• Indicar al paciente que mantenga la medicación bajo la lengua hasta que se disuelva.</li> <li>• Pedir al usuario que no mastique la medicación ni la toque con la lengua para evitar la deglución accidental.</li> <li>• Dejar al paciente en posición cómoda.</li> <li>• Recoger el material.</li> <li>• Retirarse los guantes.</li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta a la administración del</li> </ul>	<p>Ordenes Medicas - Formula medica Tarjeta de Medicamentos</p>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 42 de 142

	medicamento en el sistema, en la tarjeta de medicamentos.	
<b>OBSERVACIONES</b>		
Si el paciente tiene prótesis dental, serán retiradas o asegurarse que está bien sujeta.		
<b>CRITERIOS DE EVALUACION</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.</li> <li>2. Realice la nota de enfermería que administra la medicación.</li> <li>3. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.</li> </ol>		
<b>BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España. Pág. 299.</li> <li>2. Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 224</li> </ol>		

**AREA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION  
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA NASAL**

<b>PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS: SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD</b>
<b>DEFINICION</b>
Es la administración de medicamentos prescritos por vía nasal de acuerdo a orden medica
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la medicación prescrita al paciente por vía nasal en condiciones de seguridad.</li> <li>• Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.</li> <li>• Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
863 2828


**WHATSAPP**  
304 384 99 92


**ESE Carmen Emilia Ospina**

### EQUIPOS Y MATERIALES

- Riñonera
- Medicación prescrita.
- Orden Medica (verificar en el sistema)
- Tarjetas de medicamentos Actualizada
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Jeringa.
- Bolsa para residuos.
- Solución salina.
- Gasas

### PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
Enfermero / Auxiliar de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenga en cuenta los 10 correctos.</li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Seguir normas generales en la administración de medicación.</li> <li>• Colocarse los guantes limpios.</li> <li>• Indicar al paciente que se suene la nariz antes de la aplicación del medicamento, si no está contraindicado.</li> </ul> <p>Administración de gotas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en posición decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.</li> </ul>	<p>Ordenes Medicas - Formula Medica – Tarjeta de Medicamentos</p>

- Sujetar la cabeza del enfermo con la mano no dominante y abrir los orificios nasales presionando con suavidad sobre la punta de la nariz.
- La punta del cuentagotas debe guardar un ángulo de 180° con respecto a la nariz.
- Pedir al paciente que respire por la boca para evitar estornudos.
- Introducir el cuentagotas 1 cm sin tocar la nariz e instilar las gotas prescritas.
- Mantener la cabeza del paciente en hiperextensión unos minutos.
- Ofrecer gasas al paciente para que se retire los restos de medicación sin sonarse.

**Nebulizador nasal:**

- Destapar el inhalador y situarlo en posición vertical (en forma de L).Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar, con el índice arriba y el pulgar en la parte inferior, y agitarlo.
- Botar el aire de manera lenta y profunda.
- Colocar la boquilla del inhalador

Protocolo administración de medicamentos

totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor. En caso de usar inhalocámara, acoplar la boquilla del inhalador en el orificio de la cámara.

- Tomar aire lentamente por la boca (inspirar). La lengua debe estar en el suelo de la boca, no interfiriendo la salida del medicamento. Una vez iniciada la inspiración presionar el cilindro (una sola vez) y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. Es muy importante que se efectúe la pulsación después de haber iniciado la inspiración.
- En caso de usar inhalocámara, presionar el cartucho una sola vez, inspirar profundamente el aire de la cámara a través del orificio adecuado para tal fin. Si se dificulta realizar una inspiración profunda, se pueden realizar cinco o seis respiraciones a través de la cámara.
  - Retirar el inhalador de la boca.
  - Aguantar la respiración durante unos 10 segundos.
  - Soltar el aire lentamente por la nariz.

- Si debe administrarse una o más dosis del mismo u otro medicamento, esperar un mínimo de 30 segundos entre cada toma. Repetir el procedimiento desde el paso 3.
- Tapar el cartucho y guardarlo en lugar seguro.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

#### OBSERVACIONES



- Todo procedimiento debe ser debidamente registrado en la historia clínica.

#### CRITERIOS DE EVALUACION

1. Registro del procedimiento: medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora.
2. Registro de la respuesta o reacciones del paciente a la aplicación del medicamento.

#### BIBLIOGRAFIA

Guía de actuación de enfermería – Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Valencia – España. Pág. 239

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 47 de 142

**REALIZACION DE VENOCLISIS  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION-PARTOS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Lavado de manos	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Lavar las manos, aplicando técnica limpia según protocolo limpieza y desinfección.
2. Preparar equipo para venoclisis	Enfermera	En una bandeja alistar el siguiente material: liquido, venoclisis, equipo de punción (venocat, quitcat, etc), esparadrapo, torundas de algodón seco y húmedo con alcohol, torniquete.
3. Preparar equipo y líquidos	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	<p>Revisar fecha de vencimiento de la solución a administrar.</p> <p>Rotule el frasco o bolsa con los datos del paciente y del medicamento que se va administrando, fecha y hora de preparación(Rotulo)</p> <p>Prepare mezcla si es lo indicado según órdenes del médico, adapte el equipo de venoclisis a la solución introduciéndolo con movimientos circulares, llenar la cámara de aire de la solución hasta la mitad, coloque la solución en el atril con el equipo de venoclisis purgado cerca de la cama del paciente.</p>
4. Seleccionar vena para instalar la venoclisis	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se seleccionan venas de grueso calibre, en sitio libres de flexión, generalmente venas de mano o antebrazo (distal a proximal).



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
5. Colocar el tornique arriba del sitio de donde se va puncionar.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Colocar el tornique arriba del sitio de donde se va puncionar.
6. Realizar asepsia del sitio donde se selecciono la vena a puncionar.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se realiza asepsia en zona de punción con algodón humedecido de alcohol al 70% o Alcohol Isopropilico al 70%, limpiando desde el centro hacia la periferia
7. Colocar le brazo del paciente en declive para aumentar el llenado capilar.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Colocar le brazo del paciente en declive para aumentar el llenado capilar.
8. Puncionar la vena.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Una vez realizada la asepsia del sitio de punción se inserta la aguja y el catéter a través de la piel, con el bisel hacia arriba haciendo ángulo de 15° aproximadamente hasta cuando observe flujo retrogrado de sangre, disminuya el ángulo de inserción y avence el catéter, Retire suavemente la aguja realizando simultáneamente presión digital sobre el catéter .Coloque el equipo de infusión.
10. Abrir la llave de control de paso de líquido y permitir el paso.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Verifique si hay flujo libre del líquido al torrente sanguíneo o si hay infiltración de la venopunción.
11. Fije el catéter.	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Con esparadapo, el primero en forma de mariposa y otro cubriendo el catéter externo y el parte que empata del equipo de venocllisis al catéter no más de 3 cm de esparadapo.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 49 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
12. Marcar la fijación del catéter	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	<p>Se marca con nombre y apellido de la persona que realizo el procedimiento, N° de catéter y fecha y hora de canalización.</p> <p>NOTA: El cambio de catéter y sitio de punción se debe realizar cada 72 horas, para controlar el riesgo de flebitis e infecciones.</p>

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS  
AREA: URGENCIAS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1 -solicitar el servicio	Usuario	El usuario solicita en urgencias se le realice determinado procedimiento, la enfermera lo atiende.
2- recibir usuario y revisar documentación	enfermería	Recibe, solicita la orden del procedimiento, sino la trae realiza un RIPS de procedimiento
3. Facturar el procedimiento	Facturador o auxiliar de enfermería	El facturador de turno factura de acuerdo a las tarifas soat establecidas, el usuario cancela el copago respectivo si es vinculado, si es carnetizado no cancela nada, si es particular paga tarifa plena. En caso de que no se encuentre el facturador lo hará la auxiliar de turno previamente capacitada, a los pacientes vinculados y particulares, a los carnetizados solamente les recibe la documentación respectiva, el usuario entrega factura a la enfermera.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 50 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
4. Ubicar al paciente en la sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	Una vez facturado el procedimiento, la auxiliar de enfermería ubica al paciente en la sala designada para realizar el procedimiento o servicio solicitado, teniendo en cuenta la privacidad del usuario
5. realizar el procedimiento de enfermería solicitado	Enfermera o auxiliar de enfermería	Realiza los procedimientos de enfermería, explicando la técnica adecuada, según manuales y procesos de enfermería establecidos por la institución.
6. Supervisar ejecución del procedimiento	Enfermera	La enfermera supervisa ejecución de procedimientos delegado la facturación respectiva.

### CURACIONES AREA: URGENCIAS

**PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS SUBPROCESOS:** SERVICIOS URGENCIAS - OBSERVACION – HOSPITALIZACION – GINECOOBSTERICIA BAJA COMPLEJIDAD

#### DEFINICION

Se define como CURACIÓN a la técnica que favorece el tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remision.

**ANTISEPTICOS:** Son aquellas sustancias químicas que destruyen o inhiben el crecimiento de los microorganismos y que se aplican sobre los tejidos vivos (piel integra, mucosas, heridas quirúrgicas o no quirúrgicas, quemaduras, ulceraciones, etc.



**ULCERAS POR PRESIÓN:** Son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos blandos. Por tejidos blandos se entiende la piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 51 de 142

### TIPOS DE HERIDAS

- a. Abiertas: Separación de los tejidos blandos, estas heridas tienen mayor posibilidad de infección.
- b. Cerradas: No se observa separación de los tejidos blandos, generan hematoma (hemorragia debajo de la piel) o hemorragias en viseras o cavidades, estas últimas son producidas por golpes generalmente y pueden comprometer algún órgano.
- c. Simples: Afectan únicamente la piel como los raspones, arañazos, cortes, entre otros.
- d. Complicadas: Extensas y profundas con abundante hemorragia.

**HERIDAS LIMPIAS:** Se habla de herida limpia cuando el procedimiento, ceñido a la técnica aséptica, no entra dentro de un órgano o cavidad del cuerpo normalmente colonizada. El riesgo de IHQ es mínimo y se origina en contaminantes del ambiente del quirófano o del equipo quirúrgico o, más comúnmente, de la colonización de la piel. El patógeno más común es el *Staphylococcus aureus*.

**HERIDAS LIMPIAS-CONTAMINADAS:** Cuando el procedimiento operatorio entra en un órgano o cavidad del cuerpo colonizado, pero bajo circunstancias electivas y controladas. Contaminantes más comunes son bacterias endógenas del propio paciente. Por ejemplo, las heridas de colectomias generalmente contienen gérmenes gram negativos y anaerobios. Pueden ser optimizadas con estrategias específicas de prevención.

**HERIDAS CONTAMINADAS:** Cuando la contaminación no controlada al abrir el lumen intestinal, perforación de vesícula, se incluye el tracto gastrointestinal, genitourinario o complicaciones con presencia de bilis u orina infectada, también se incluyen aquellas heridas traumáticas recientes provocadas en medios contaminados: restos de tierra, asfalto, etc.

**HERIDA SUCIA-INFECTADA:** Son las que presentan mayor riesgo de infección debido a una larga evolución en caso de heridas traumáticas o con la presencia de cuerpos extraños o desvitalización de los tejidos.



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1- Ubicar al paciente en sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	Una vez facturado el procedimiento la auxiliar de enfermería ubicara al paciente en posición cómoda y adecuada, en la sala designada para curaciones y explica el procedimiento, teniendo en cuenta la privacidad del usuario.
2- Preparar el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Alista en la mesa de mayo el equipo y material necesario, dependiendo del tipo de curación pinza de transferencia, gasas, apósitos, guantes, esparadrapo, equipo con: sonda acanalada, pinza de disección, tijera, 2 pinzas mosquito, aseptidina, aplicadores, bajalenguas, mechas, drenes, compresas, vendajes, furacin, solución salina normal, agua estéril, esparadrapo o micropore.
3 - Realizar el procedimiento	Auxiliar de enfermería	<b>HERIDAS LIMPIAS</b> Se lava las manos, se calza los guantes y cumple con normas de bioseguridad, descubre la herida y coloca las gasas contaminadas en recipiente para desperdicios, limpia la herida desde lo más limpio a lo más contaminado, realizando rotaciones circulares y utilizando cada vez una gasa humedecida en solución salina, aplicación de antiséptico, si es el caso o furacin, cubra la herida con apósitos y fije con esparadrapo o micropore.

<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 53 de 142
---	-------------------------	-----------------------------	-----------	-------------------------

		Herida contaminada: se lava las manos, se calza los guantes y cumple con normas de bioseguridad, descubre la herida y coloca las gasas contaminadas en recipiente para desperdicios, pida colaboración a otra persona para área menos infectada, determine las medidas para facilitar salida de secreción: cambio de posición, presión, hacer toser. retire con pinzas el tejido necrosado y deposítelo en el recipiente de desperdicios, limpie la zona circundante desde el borde de la herida hacia la periferia, coloque la mecha si el caso lo requiere, aplique sobre la herida el antiséptico y déjelo secar, aplique furacin según el caso, cubra la herida con apósitos y fije con esparadrapo y micropore
4. Recomendaciones	Enfermera o auxiliar	Explicar al usuario los cuidados que debe tener con la herida.
5. Dejar la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	Recoge, lava y organiza el material utilizado, desecha el material de curación sucio en bolsa roja y deposita está en el lugar indicado.
6- Registrar el procedimiento	Enfermera o auxiliar	Registra en módulo de notas de enfermería y procedimiento en la historia clínica, describe todo lo observado, teniendo en cuenta: estado de la herida, características de las secreciones y soluciones empleadas, en caso de que el paciente se encuentre en el servicio de hospitalización o urgencias.

**LAVADO DE OIDOS  
AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Ingresar paciente y solicitar del procedimiento.	Auxiliar de enfermería	El usuario ingresa al servicio con orden del servicio previamente facturado.
2. Recepción y verificación de la orden del procedimiento.	Auxiliar de enfermería	Se le pedirá al usuario la orden del procedimiento y se revisará que esté facturado.
3. Ubicación del usuario	Auxiliar de enfermería	Lleva al paciente a la sala de procedimientos
4. Alistar equipo	Auxiliar de enfermería	Alista el equipo que consta de: riñonera, toalla o compresa, agua estéril tibia, asepto, jeringa, otoscopio.
5. Realización del procedimiento	Enfermera o auxiliar de enfermería	Explíquele al usuario el procedimiento a realizar. *Pídale que se siente para evitar que la solución se corra Explíquele que inclínele la cabeza hacia adelante y del lado afectado Enderezca el conducto auditivo e introduzca la punta de la jeringa. Inicie el procedimiento con la solución ordenada. Observe si el paciente presenta signos de dolor o vértigo y si refiere alguno de ellos suspenda de inmediato.
		* Cuando la jeringa este vacia, retirela e

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 55 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		inspeccione el líquido que drena. * Repita el procedimiento hasta que el flujo sea limpio. * Inspeccionar el conducto auditivo con el otoscopio para observar si quedo limpio. * Seque el cuello y la oreja del paciente. * Acueste al paciente sobre el lado afectado y con una gasa abajo del oído para promover la salida de restos de solución.
6. Registro del procedimiento en la historia clínica	Auxiliar /enfermera	Registrar en la historia clínica el procedimiento realizado.

### CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS AREA: HOSPITALIZACION

DEFINICIONES
Es la cuantificación de los líquidos que ingresan y se pierden por las diferentes vías, para establecer el balance en un período determinado de tiempo que no exceda a las 24 horas.
<b>a. VÍA ORAL:</b> Todo lo que el paciente haya ingerido durante un tiempo determinado (6-12 ó 24 horas) según el control, medidos por centímetro cubico como agua, jugos, gelatina, sopas, aromáticas, caldos, entre otros.
<b>b. VÍA ENTERAL:</b> Son los líquidos que se le dan al paciente por sonda naso u <b>oro gástrica</b> ; gastroclisis y demás requerimientos nutritivos.
<b>c. VÍA PARENTERAL:</b> Es la administración de líquidos directamente al sistema venoso; ya sea por canalización de venas periféricas o cateterismos (central o subclavio).

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*




**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**



**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

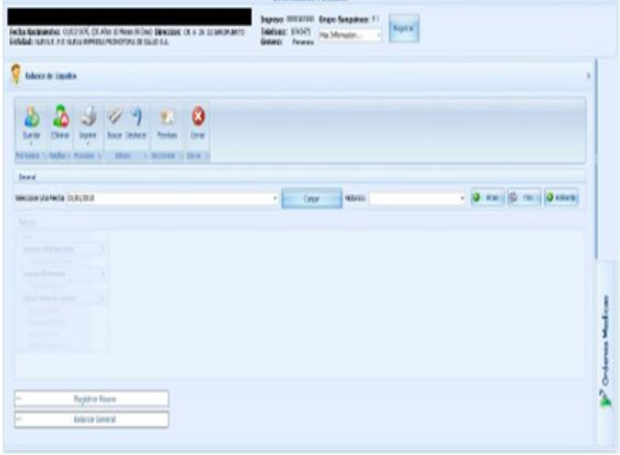
**NOTA:** Es indispensable una estricta vigilancia del peso corporal anterior y actual, junto con la medida de los líquidos introducidos y excretados, además de la calidad de los líquidos perdidos, de la dosificación de electrolitos en plasma y el PH en determinados casos. La velocidad de la administración de los líquidos se debe individualizar según la gravedad del paciente, su edad y el estado de sus funciones cardíaca y renal.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Revisar órdenes médicas y conocer la cantidad de líquidos ordenados para administrar	Enfermera	Consignar los datos en la historia clínica índigo en modulo control líquidos administrados y eliminados.
2. Calcular el goteo de los líquidos según la velocidad a la que se debe administrar y la cantidad a pasar en las 24 horas	Enfermera	La fórmula para calcular el goteo de líquidos es: $\frac{\text{Volumen en mililitros} \times \text{factor goteo del equipo}}{\text{Tiempo en minutos (horas} \times 60)}$ = Gotas por minuto Equipo Macrogoteo = 60 gotas/ml (YUso pediátrico) Equipo Macrogoteo = 10 gotas /ml. Equipo normo goteo = 20 gotas/ml. Equipo de transfusión de Sangre = 15 gotas/ml.
3. Medidas de volumen	enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Galon = 5 Botellas</li> <li>• 1 Botella = 750 cc.</li> <li>• 1 Litro =1000cc</li> <li>• 1 Onza = 30 ml</li> <li>• 1 CC = 1 ml</li> <li>• 1 Cucharadita Tintero = 3 cm</li> <li>• 1 Cucharadita Postre = 3 cm</li> </ul>

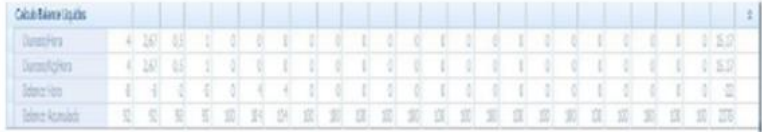
 <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 57 de 142



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Cucharada = 10 cm</li> <li>• 1 Vaso de los de agua = 200 cc.</li> <li>• 1 Taza de café = 250 cc</li> </ul>
4. Registro de otros líquidos administrados	enfermería	<p>El registro se realiza una vez sea ingerido el líquido, con la hora y la cantidad administrada en centímetros cúbicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ingrese al dashboard de enfermería.</li> <li>b. En estado de paciente seleccione balance de líquidos.</li> </ol> <div data-bbox="1058 683 1472 995" style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Se da clic en balance de líquidos y aparece el siguiente Formulario:</li> </ol>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		 <p>Se diligencian todos los ítem</p>
5. Eliminación de líquidos	Enfermería	<p>a. VÍA ORAL: por medio de émesis, que puede ser: biliar, alimenticia, Hemoptisis o hematemesis.</p> <p>b. VIA URINARIA: la cantidad de orina medida en c.c. durante un determinado tiempo bien sea recogida en pato o por cateterismo vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumen urinario normal = 1 a 2 ml/k/h</li> <li>• Volumen urinario disminuido oliguria: 0,5 a 1 ml/k/h.</li> </ul>

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>• Anuria: 0,5 ml/k/h</p> <p>c. VÍA RECTAL O ANAL: cuando las heces son diarreicas, se debe contabilizar cuántas y en qué cantidad, además, hay que tener en cuenta sus características como: aspecto, color y olor.</p> <p>d. SONDAS: naso u orogástrica, se debe contabilizar el líquido que sale de ella además de sus características.</p> <p>e. OSTOMÍAS: que pueden ser: Ileostomía, yeyunostomia, Colostomía, Cistotomía. Nefrostomía.</p> <p>f. DRENES: ya sea que estén sujetos a bolsas estériles o cubiertos con apósitos o gasas, hay que contabilizar la cantidad de líquido o secreción que ha drenado, su aspecto y anotar, si son más de 30 c.c</p> <p>g. PÉRDIDAS INSENSIBLES: perdida de agua con el aire espirado de los pulmones o del sudor que se evapora de la piel. Eventos como la fiebre, las quemaduras, hiperventilación suponen pérdida significativa de agua libre de electrolitos.</p>
5. Cálculo de subtotales	Enfermera	<p>Se realizan para cada entrega de turno, realizando subtotales por cada vía de administración y eliminación y subtotal de los líquidos administrados y los eliminados en el turno previamente registrados.</p> <p>Una vez ingresadas las cantidades correspondientes, en la tabla de balance. El sistema arrojará el balance de líquidos del turno</p>

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>así:</p>  <p>a) La tabla muestra diuresis hora, balance hora, balance acumulado.</p> <p>b) Puede verificar el balance general lo correspondiente a turno mañana-tarde-noche para ser registrado en la nota de enfermería.</p> <p>c) El valor normal debe ser " 0 "</p> <p>d) El balance sera positivo cuando la cantidad de liquidos administrados es mayor a la cantidad de liquidos eliminado y sera negativo cuando la cantidad de eliminado es mayor al administrado por via exogena.</p> <p>e) Registre en las notas de enfermería las cantidades correspondientes , cambios en las mismas y el goteo con el cual entrega el paciente.</p> <p>f) Informe al medico tratante los datos revelantes del balance geberal para la toma de decisiones clinicas del usuario.</p>
8. Consideraciones de enfermería	Enfermera	Para analizar el efecto de la administración de líquidos, se deben tener en cuenta indicadores físicos importantes como perdida o aumento de peso, diuresis, signos vitales, edemas en

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 61 de 142



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>extremidades.</p> <p>En pacientes que ingresen al servicio de urgencias y su estado de salud se considere crítico (alteración del estado de conciencia, patología en la cual se requiera un control estricto de líquidos administrados y eliminados, politraumatizado, heridas, entre otros) se recomienda la instauración de sonda vesical y la medición de la diuresis deberá hacerse cada hora, mientras es trasladado o remitido.</p> <p>Recuerde que el pañal se deberá pesar en seco antes de colocar al paciente para que luego de la eliminación se descuenta este peso durante el pesaje.</p> <p>Si el paciente ingresa o reingresa de otro servicio, confrontar y corroborar de manera específica lo suministrado y eliminado</p> <p>Durante el turno verificar el correcto funcionamiento de los diferentes drenajes.</p> <p>Siempre que se administre líquidos, bolos anotar inmediatamente después de realizado el procedimiento.</p> <p>Cuando no se observe drenaje a través de la sonda vesical, antes de determinar que el paciente está en anuria se debe revisar permeabilidad de la sonda que no esté acodada, que</p>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 62 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>este bien instalada lavar con solución salina.</p> <p>Cando un paciente tiene sonda vesical debe eliminar por hora, mínimo 1ml/kg/hora de lo contrario informar al médico.</p>

**ATENCION AL USUARIO QUE REQUIERE SUTURA  
AREA: URGENCIA**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Trasladar al usuario a la sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	El usuario es trasladado a la sala de procedimientos caminando, en silla de ruedas o en camilla según necesidad
2. Realizar limpieza de la zona periférica de la herida	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se calzan guantes limpios y con asepsia, agua estéril y gasas estériles se realiza el lavado de la zona periférica de la herida evitando infectar más la herida, el lavado se hace limpiando con la gasa del interior al exterior sin repasar las zonas ya limpiadas con una misma gasa.
3. Alistar equipo de sutura	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Vestir la mesa de mayo con funda estéril o cubrir la superficie con envolvedora, ubicar en la mesa el material y equipo de sutura: sutura (según solicitud del médico), campo abierto, gasas estériles, guantes estériles, apósitos estériles, esparadrapo o micropore.
4. Colaborar al médico en la asepsia de la herida	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se da soporte al médico en la aplicación de soluciones de lavado de la herida según él lo vaya indicando
5. El médico realiza la sutura	Médico	Proceso según la sutura y procedimiento médico



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
6. Administrar profilaxis y medicamentos según orden del médico	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Atentos a las órdenes médicas se administra profilaxis con tetanol y se administran los medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos.
7. Limpieza y desinfección de la sala	Auxiliar de enfermería	<p><input type="checkbox"/> Recoja compresas, campos, sábanas, batas, envíelos a la lavandería.</p> <p>*Verifique que el instrumental y los circuitos reutilizable sean llevados al área de limpieza y desinfección para luego ser esterilizados.</p> <p>*Realizar el lavado del instrumental de manera individual en un lapso de tiempo de 1 a 5 minutos en agua y Bonzyme.</p> <p>*Realice el procedimiento según manual de limpieza y desinfección</p> <p>*Realice el mismo procedimiento hasta el último procedimiento del día.</p>
8. Realizar notas de enfermería	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Registrar en la hoja de evolución la atención prestada, las condiciones del usuario, el procedimiento realizado y los medicamentos administrados, estos últimos también se registran en la hoja de tratamientos con fecha y hora de la realización
9. Impartir recomendaciones y cuidados	Enfermera y/o auxiliar de enfermería	Se dan las recomendaciones de cuidado, lavado y protección de la herida, signos de alerta sobre infecciones y se cita para el retiro de puntos cuando corresponda. Si el usuario queda hospitalizado, en la presentación del usuario en el servicio se dan las recomendaciones al personal que lo recibe.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 64 de 142

**PASO DE SONDA NASOGASTRICA  
AREA: URGENCIAS**

SONDA NASOGÁSTRICA OROGÁSTRICA	SONDA LEVIN:	SONDA NELATO
<p>Procedimiento por medio del cual se introduce una sonda por boca o nariz hasta el estómago a través del esófago, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.</p>	<p>Este tipo de sonda está compuesta por una sola luz con cuatro perforaciones en el extremo. Presenta cuatro marcas a lo largo de la sonda, en los centímetros 37, 54, 67 y 68 comenzando la medición desde la punta, que sirven para orientar más fácilmente la introducción de ésta. Debido a la consistencia del material por el que está compuesta, esta sonda debe permanecer colocada un máximo de entre 7 y 10 días.</p>	<p>El uso de la sonda Nélaton está indicado en urología, pero gracias a su escasa longitud se emplea en el sondaje nasogástrico e orogástrico en neonatos y niños. Tiene 42 cm de longitud, su punta es cerrada y presenta un orificio en uno de los laterales de ésta. Se puede encontrar en calibres entre 8 y 10 Fr.</p>

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
Contraindicaciones	Medico/ enfermera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia o sospecha de perforación esofágica.</li> <li>• Evidencia o sospecha de fractura de los huesos de la base del cráneo y/o de los huesos faciales.</li> <li>• Evidencia o sospecha de obstrucción nasofaríngea o esofágica.</li> <li>• Evidencia o sospecha de ingestión de sustancias</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828



 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>ácidas, alcalinas, otros cáusticos o derivados de petróleo, por el riesgo de perforación esofágica y/o gástrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de coagulopatías severas no controladas.</li> </ul>
1- ubicar al paciente en sala de procedimientos	Enfermera	Ubica al paciente en la sala designada y explica el procedimiento, revisa el equipo y escoge sonda de calibre apropiado para el usuario, teniendo en cuenta la privacidad del paciente.
2- prepara el equipo necesario	Auxiliar de enfermería/ Enfermera	<p>Alista en la mesa de mayo el equipo y material necesario: EPP. Sonda nasogástrica levin, riñonera, Lubricante hidrosoluble o agua, Jeringa de 10 - 20 ml (adulto) y de 3 – 5 ml (neonatos), cinta adhesiva de tela hipoalergénica - esparadrapo – micropore. fonendoscopio, gasas, guantes limpios y estériles, toallas de papel.</p>
3 – precauciones	Enfermera	Medir la longitud que vá a introducir, en recién nacidos y lactantes no pasarla por nariz, oxigenar al usuario, retirar la sonda si presenta tos, diarrea o cianosis, no lubricar con soluciones oleosas, no pasar la sonda cuando el usuario ha ingerido sustancias corrosivas

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
4. Realizar el procedimiento	Médico y/o enfermera	<p>Lávese las manos.</p> <p>Salude al paciente o al acudiente y explíquelo el procedimiento mencionándole que no es doloroso, pero si molesto porque estimulará el reflejo nauseoso, por lo tanto, es indispensable la colaboración del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retire prótesis u objetos que obstruyan la vía aérea.</li> <li>• Valore las fosas nasales para seleccionar la que esté libre de traumas, irritaciones y verifique su permeabilidad ocluyendo una fosa mientras por la otra exhala.</li> <li>• Coloque al paciente en posición semifowler o Fowler.</li> <li>• Colóquese los guantes con técnica limpia.</li> <li>• Mida la longitud de la sonda que va a introducir (distancia entre la punta de la nariz, lóbulo de la oreja, apófisis xifoides del esternón) y deje marcado.</li> <li>• Enrolle la sonda y sosténgala dentro de su mano.</li> <li>• Lubrique el extremo distal de la sonda con lubricante hidrosoluble.</li> <li>• Introduzca suavemente la sonda a través del orificio nasal más permeable, orientándola hacia abajo y hacia atrás, cuando llegue a la orofaringe indíquelo al paciente que degluta y continúe introduciendo la sonda de 5 a 10 cm en cada trago sin forzarla.</li> </ul>

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si encuentra resistencia retírela e intente de nuevo en la otra fosa.</li> <li>• Compruebe la correcta colocación de la sonda mediante aspiración de contenido gástrico o inyectando 20 cc de aire auscultando en epigastrio.</li> <li>• Si comprueba que la sonda está en la cavidad gástrica, conecte el sistema colector, el tapón o la jeringa según el caso y proceda a fijarla con esparadrapo sobre el dorso de la nariz (no presione las ventanas nasales para evitar ulcerar la piel).</li> <li>• Recuerde que antes de hacer la fijación con esparadrapo debe proteger la piel con cinta adhesiva hipoalergénica.</li> <li>• Realice marcación de la sonda en la parte distal, registrando: Fecha de inserción, calibre de la sonda, Nivel de fijación (Si se puede determinar), Responsable.</li> </ul>
5- deja la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoja el material utilizado y clasifíquelo, coloque al paciente en posición cómoda.</li> <li>• Deje la unidad en orden.</li> <li>• Realice lavado de manos.</li> <li>• Haga limpieza de fosas nasales todos los días y cuantas veces sea necesario, no olvide realizar rotación de la fijación de la sonda cada 72 horas.</li> <li>• Si la sonda nasogástrica es para drenaje, coloque el sistema colector por debajo del nivel del</li> </ul>



 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 68 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		estómago, evitando acodaduras.
6- registra el procedimiento	Médico y/o enfermera	Registra el procedimiento en la historia clínica.
7- elaboración de la orden del procedimiento	Medico	El medico de turno realiza la solicitud del procedimiento en la historia clínica
8- solicitud facturación del procedimiento	Auxiliar de enfermería	Solicitar al usuario o familiar se dirija a facturar el procedimiento.

### RETIRO DE Sonda NASOGÁSTRICA ÁREA: URGENCIAS

Secuencia	Responsable	Descripción
1. Ubicar al paciente en sala de procedimientos	Enfermera	Ubica al paciente en la sala designada y explica el procedimiento, tiene en cuenta la privacidad del paciente.
2. Prepara el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Alista en la mesa de mayo el equipo y material necesario: riñonera y guantes.
3. Realizar el procedimiento	Médico y/o enfermera	Confirme la orden médica de retiro de sonda nasogástrica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice lavado de manos.</li> <li>• Salude al paciente y explíquele el procedimiento.</li> <li>• Coloque al paciente en posición Fowler o semifowler, cubra el tórax para evitar salpicaduras y ofrezca una toalla de papel.</li> <li>• Colóquese los guantes limpios.</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 69 de 142

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retire suavemente la fijación.</li> <li>• Pince la sonda para que su contenido no quede en la garganta.</li> <li>• Pida al paciente que haga una inspiración profunda y retenga el aire, esto evita la broncoaspiración por cierre de la epiglotis.</li> <li>• Extraiga la sonda con suavidad y precaución.</li> <li>• Coloque la sonda en la bolsa roja de desecho.</li> <li>• Asista al paciente para que realice aseo de boca y nariz.</li> </ul>
4. Deja la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	Recoge, lava y organiza el material utilizado, desecha material sucio de drenaje, en bolsa roja
5. Registra el procedimiento	Médico y/o enfermera	Registra el procedimiento y características del último drenaje en la historia clínica.

**ADMINISTRACION DE ENEMAS  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION**

<b>DEFINICION</b>
Es la instilación de una solución en el tracto intestinal inferior (recto). Irrigar una cantidad de líquido en el recto a través de una sonda introducida por el ano.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

## TIPOS DE ENEMAS

**Enema de limpieza:** Pretende eliminar las heces, fundamentalmente para:



- Evitar el escape de heces durante la cirugía.
- Preparar el intestino para determinadas pruebas diagnósticas, RX o pruebas de visualización (colonoscopia).
- Extraer heces en caso de estreñimiento o retención fecal.
- Algunos enemas son de gran volumen (500 a 1000 ml) para adulto, y otros son de pequeño volumen, entre ellos las soluciones hipertónicas.
- La temperatura debe estar entre 36-38°C.
- El volumen variara según la edad del individuo; 700-1000 ml para adultos, 500-700 ml para los adolescentes, 300-500 ml para los escolares y 150-250 ml para los bebés.
- Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño se denominan micro-enemas.

**Enema de retención:** Ejerce una acción local o sistémica, introducir aceite o algún fármaco en el recto y el colon sigmoideo. El líquido se retiene durante un tiempo relativamente prolongado (de 1 a 3 horas).

Secuencia	Responsable	Descripción
1. Organizar el equipo requerido	enfermería	Alistar los elementos necesarios para la realización del procedimiento: >EPP. >Enema con sistema cerrado >Riñonera >Papel higiénico >Bolsa para disposición de desechos >Pato >Guantes desechables >Tapabocas

<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 71 de 142
---	-------------------------	-----------------------------	-----------	-------------------------

2. Explicar el procedimiento al paciente	enfermería	<p>Explíquelo al paciente que el procedimiento es un poco molesto que no le dolerá y cuanto tiempo se demorará.</p> <p>Indicar al paciente que puede experimentar una sensación de tenesmo mientras se administra la solución</p>
3. Ubicar al usuario en la posición adecuada	enfermería	<p>Acueste al paciente en posición de sims, o de lado izquierdo. Coloque el cartucho protector.</p> <p>Esta posición facilita el flujo por gravedad de la solución hacia el colon sigmoideo y el colon descendente, que se encuentran en el lado izquierdo. La flexión de la pierna derecha proporciona una exposición adecuada del ano.</p>
4. Aplicar el enema	enfermería	<p>Separe los glúteos e introduzca la cánula por el recto en forma suave.</p> <p>Levante la bolsa del enema a la altura indicada, confirme con el paciente que la solución está entrenado a la presión que el resista.</p> <p>Indique al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, promoviendo así la relajación del esfínter anal externo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez administrada la solución cerrar la llave de paso o pinzar y retirar la sonda rectal lentamente.</li> <li>• Animar al paciente a que retenga el enema de limpieza de 5 a 10 minutos o al menos 30 minutos para un <b>enema de retención</b>. En caso contrario indíquelo que vaya al baño. Pásele</li> </ul>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 72 de 142

		<p>papel higiénico para que se haga el aseo, si no puede por sus propios medios ayúdelo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en decúbito supino o lateral derecho para ayudarlo a retener la solución.</li> </ul>
5. Registrar en la historia clínica	Enfermería	Realice la nota de enfermería con características del procedimiento en índigo.

### ADMINISTRACION DE OXIGENO POR CÁNULA NASAL Y MASCARA VENTURI AREA: URGENCIAS- HOSPITALIZACION



DEFINICION		
<p>Es el suministro de oxígeno con los métodos, volúmenes y/o fracciones adecuadas para asegurar el funcionamiento de órganos vitales como corazón, cerebro y células del organismo.</p>		
<p><b>CANULA NASAL:</b> Es un dispositivo que se utiliza para suministrar oxígeno suplementario o aumentar el flujo de aire a un paciente o persona que necesita ayuda respiratoria.</p>		
<p><b>MASCARA VENTURI:</b> Es un tipo de dispositivo de administración de oxígeno de forma precisa a través de una mezcla controlada de aire y oxígeno, el flujo que hay que seleccionar se mide en litros por minuto (L/min) y se refiere a la cantidad de oxígeno y aire que se está administrando al paciente y el FIO2 permite una combinación de O2 y aire ambiente.</p>		
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Materiales y Equipo	Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de protección personal individual</li> <li>• Cánula nasal, mascarilla o Venturi con accesorios. (pediátrica o para adultos)</li> <li>• Flujómetro</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 73 de 142

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humidificador con agua</li> <li>• Fuente de oxígeno.</li> <li>• Pulsioxímetro.</li> <li>• Pañuelos faciales</li> </ul>
--	--	---

### CÁNULA NASAL

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
2. Alistar el equipo	Auxiliar de enfermería	Abra la llave del manómetro Cierre las llaves y lleve las balas a la unidad del paciente Llene el humidificador con agua estéril hasta el nivel indicado y conéctelo a la bala de oxígeno. Asegure el tubo de caucho a la salida del humidificador Empate la sonda o la cánula al tubo de caucho
3. Lavar las manos	Auxiliar de enfermería	Utilizando la técnica adecuada lávese las manos correctamente
4. Explicar el procedimiento al paciente	Auxiliar de enfermería	Con palabras sencillas pero claras explique el procedimiento al paciente
5. Precauciones	Auxiliar de enfermería	Verifique que este ordenado por el médico en la hoja de tratamiento y verifique la limpieza de fosas nasales. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.</li> <li>• Realizar limpieza de las fosas nasales en cada</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
		<p>turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un flujo máximo de 3 litros por minuto.</li> <li>• Valorar la mucosa nasal para descartar irritaciones.</li> <li>• Administrar lubricante en caso necesario.</li> </ul>
6. Realización del procedimiento	Auxiliar de enfermería	<p>Abra la llave del cilindro, abra la llave del medidor de flujo, regule la salida de oxígeno según orden médica, máximo tres litros por minuto.</p> <p>Vigile el frasco humidificador que contenga el nivel adecuado de agua durante el procedimiento.</p> <p>Retire y cambie el catéter cada 10 a 12 horas y cambie cada vez de fosa nasal.</p> <p>Realice cuidado especial de boca y nariz y lubrique los labios para evitar resequeadad.</p>
7. Registro en la historia clínica	Auxiliar de enfermería	Realizar las anotaciones pertinentes, teniendo en cuenta efectos secundarios y complicaciones.

### MASCARA VENTURI

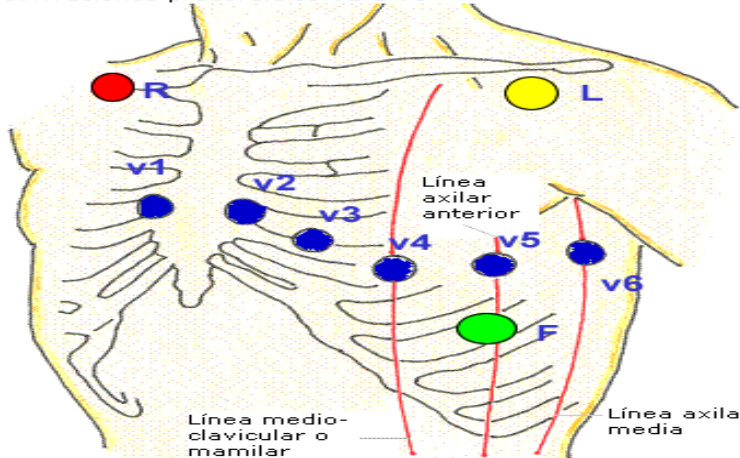
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Lavar las manos	Auxiliar de enfermería	Según protocolo institucional
2. Explicar el procedimiento al paciente	Auxiliar de enfermería	Con palabras sencillas pero claras explique el procedimiento al paciente

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
3. Precauciones	Auxiliar de enfermería	<p>Verifique que este ordenado por el médico en la hoja de tratamiento y verifique la limpieza de fosas nasales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.</li> <li>• Realizar limpieza de las fosas nasales en cada turno.</li> <li>• Utilizar un flujo máximo de 3 litros por minuto.</li> <li>• Valorar la mucosa nasal para descartar irritaciones.</li> <li>• Administrar lubricante en caso necesario.</li> </ul>
4. Realización del procedimiento	Auxiliar de enfermería	<p>Abra la llave del cilindro, abra la llave del medidor de flujo, regule la salida de oxígeno según orden médica, máximo tres litros por minuto</p> <p>Vigile el frasco humidificador que contenga el nivel adecuado de agua durante el procedimiento</p> <p>Retire y cambie el catéter cada 10 a 12 horas y cambie cada vez de fosa nasal</p> <p>Realice cuidado especial de boca y nariz y lubrique los labios para evitar sequedad.</p>
5. Registro en la historia clínica	Auxiliar de enfermería	Realizar las anotaciones pertinentes, teniendo en cuenta efectos secundarios y complicaciones.

**TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA  
AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Definición	Enfermera	<p>Un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento simple, indoloro y rápido que registra la actividad eléctrica de su corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. La señal activa las cuatro cámaras de su corazón para que se contraigan (aprieten) al ritmo correcto para que su corazón pueda bombear sangre a su cuerpo.</p> <p>Un electrocardiograma puede mostrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qué tan rápido late su corazón</li> <li>• Si el ritmo de su corazón es constante o irregular</li> <li>• La fuerza y la sincronización de las señales eléctricas que pasan por cada parte de su corazón</li> </ul>
1. Explicar el procedimiento al paciente	Enfermera jefe	Explíquelo al paciente el procedimiento y la importancia de este.
2. Ubicar adecuadamente al paciente	Enfermera jefe	Retirar las prendas y objetos que puedan producir interferencia en los trazos (objetos metálicos). Colocar al paciente decúbito dorsal o en posición fowler si el paciente no tolera la otra posición. Comprobar el correcto funcionamiento del equipo de ECG.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
3. Realización del procedimiento	Enfermera jefe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en decúbito supino dejando al descubierto tórax, muñecas y tobillos; con los brazos y las piernas separados del cuerpo.</li> <li>• Valorar el estado de la piel en región precordial, muñecas y tobillos.</li> <li>• Colocar las pinzas en muñecas y tobillos, aplicar previamente alcohol, crema conductora o suero fisiológico en la cara interna de las muñecas y región pretibial.</li> <li>• Conectar los cuatros electrodos periféricos en las pinzas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cable rojo (RA): Muñeca derecha.</li> <li>• Cable amarillo (LA): Muñeca izquierda.</li> <li>• Cable verde (LL): Tobillo izquierdo.</li> <li>• Cable negro (RL): Tobillo derecho.</li> </ul> </li> <li>• Colocar los electrodos adhesivos para las derivaciones precordiales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• V1: 4º espacio intercostal derecho, línea paraesternal derecha.</li> <li>• V2: 4º espacio intercostal izquierdo, línea paraesternal izquierdo.</li> <li>• V3: simétrico entre V2 y V4.</li> <li>• V4: 5º espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular.</li> <li>• V5: 5º espacio intercostal izquierdo, línea anterior axilar.</li> </ul> </li> </ul>

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Procedimiento	Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> <li>V6: 5º espacio intercostal izquierdo, línea axilar media.</li> </ul> <p>Localización de los electrodos correspondientes a las derivaciones precordiales V1 a V6</p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>Indicar al paciente que vamos a realizar el registro y es conveniente que se esté quieto y que no hable, para no interferir en el trazado.</li> <li>Comprobar la velocidad (25 mm/segundo) y voltaje (1mV), estándar.</li> <li>Seleccionar en registro automático o manual.</li> <li>Registrar las derivaciones durante al menos 6 segundos o 6 complejos QRS, repitiendo el registro, si la calidad no es adecuada.</li> <li>Finalizado el registro desconectar el aparato, retirar los cables y los electrodos y limpiar la piel del paciente.</li> </ol>



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN																																			
		6. Identificar el trazado obtenido con los datos del paciente, fecha y hora en que se ha realizado el registro.																																			
4. Limpieza del equipo	Enfermera jefe	Realizar la limpieza de los electrodos y secarlos muy bien, dejar en orden el equipo.																																			
5. Registrar en la historia clínica	Enfermera jefe	Realizar las anotaciones pertinentes, en la historia de enfermería																																			
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN																																			
Localización de los electrodos según AHA y IEC	Enfermera/Auxiliar	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ELECTRODOS</th> <th rowspan="2">LOCALIZACIÓN</th> </tr> <tr> <th>AHA (EE.UU)</th> <th>IEC (EUROPA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V1 Rojo</td> <td>C1 Rojo</td> <td>4to. espacio intercostal derecho, a nivel del borde esternal.</td> </tr> <tr> <td>V2 Amarillo</td> <td>C2 Amarillo</td> <td>4to. espacio intercostal izquierdo, a nivel del borde esternal.</td> </tr> <tr> <td>V3 Verde</td> <td>C3 Verde</td> <td>Punto equidistante entre V2 y V4</td> </tr> <tr> <td>V4 Azul</td> <td>C4 Marrón</td> <td>5to. Espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea media clavicular.</td> </tr> <tr> <td>V5 Anaranjado</td> <td>C5 Negro</td> <td>Línea axilar anterior, al mismo nivel de V4.</td> </tr> <tr> <td>V6 Morado</td> <td>C6 Morado</td> <td>Línea axilar media, al mismo nivel de V4 y V5.</td> </tr> <tr> <td>LA Negro</td> <td>L Amarillo</td> <td>Antebrazo izquierdo (Muñeca).</td> </tr> <tr> <td>LL Rojo</td> <td>F Verde</td> <td>Pierna izquierda (Tobillo).</td> </tr> <tr> <td>RL Verde</td> <td>N Negro</td> <td>Pierna derecha (Tobillo).</td> </tr> <tr> <td>RA Blanco</td> <td>R Rojo</td> <td>Antebrazo derecho (Muñeca).</td> </tr> </tbody> </table>	ELECTRODOS		LOCALIZACIÓN	AHA (EE.UU)	IEC (EUROPA)	V1 Rojo	C1 Rojo	4to. espacio intercostal derecho, a nivel del borde esternal.	V2 Amarillo	C2 Amarillo	4to. espacio intercostal izquierdo, a nivel del borde esternal.	V3 Verde	C3 Verde	Punto equidistante entre V2 y V4	V4 Azul	C4 Marrón	5to. Espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea media clavicular.	V5 Anaranjado	C5 Negro	Línea axilar anterior, al mismo nivel de V4.	V6 Morado	C6 Morado	Línea axilar media, al mismo nivel de V4 y V5.	LA Negro	L Amarillo	Antebrazo izquierdo (Muñeca).	LL Rojo	F Verde	Pierna izquierda (Tobillo).	RL Verde	N Negro	Pierna derecha (Tobillo).	RA Blanco	R Rojo	Antebrazo derecho (Muñeca).
ELECTRODOS		LOCALIZACIÓN																																			
AHA (EE.UU)	IEC (EUROPA)																																				
V1 Rojo	C1 Rojo	4to. espacio intercostal derecho, a nivel del borde esternal.																																			
V2 Amarillo	C2 Amarillo	4to. espacio intercostal izquierdo, a nivel del borde esternal.																																			
V3 Verde	C3 Verde	Punto equidistante entre V2 y V4																																			
V4 Azul	C4 Marrón	5to. Espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea media clavicular.																																			
V5 Anaranjado	C5 Negro	Línea axilar anterior, al mismo nivel de V4.																																			
V6 Morado	C6 Morado	Línea axilar media, al mismo nivel de V4 y V5.																																			
LA Negro	L Amarillo	Antebrazo izquierdo (Muñeca).																																			
LL Rojo	F Verde	Pierna izquierda (Tobillo).																																			
RL Verde	N Negro	Pierna derecha (Tobillo).																																			
RA Blanco	R Rojo	Antebrazo derecho (Muñeca).																																			

**ONICECTOMIAS**  
**AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Alistar equipo	Auxiliar de enfermería	* Equipo para oniceptomia que consta de sonda acanalada, pinza mosquito, cuchilla de bisturi xilocaina al 1% o 2% sin epinefrina gasa furacinada, bandeja, riñorea, guantes estériles, aseptidina, agua estéril.
2. Explicar procedimiento al paciente	Médico/ o enfermera	Explicar claramente el procedimiento a realizar
3. Realizar procedimiento	Médico	Ubicar al paciente en la sala de procedimientos. * Previa asepsia y antisepsia del área proceder. * Aplicar anestesia local en los nervios colaterales del dedo al cual se le va a extraer la uña * Retire la uña en forma parcial o total según criterio medico
4. Aplicar vendaje compresivo	Medico	Utilizando gasa furacinada y esparadrapo
5. Dar recomendaciones sobre el cuidado	Medico	Curación a partir del segundo día y analgesico oral si hay dolor.
6. Lavar y desinfectar el equipo	Auxiliar de enfermería	Lava el instrumental utilizado para enviar a la central de esterilización.
7. Registre en historia clínica el procedimiento	Médico	Realice la nota en historia clínica, generando las recomendaciones.

**RETIRO DE PUNTOS**  
**AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN
1. Facturar procedimiento	Auxiliar de facturación	El paciente se acerca a caja, para facturar el respectivo procedimiento.
2. Ingreso a sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	Alistar equipo que consta de pinza elly, hoja de bisturí, bandeja, gasa, Aseptidina y agua estéril, alcohol al 70%, guantes. Realizar lavado de manos.
3. Realización del procedimiento	Auxiliar/enfermera	<p>Abrir los paquetes de gasas, el equipo y demás elementos que se utilizarán para realizar el retiro de suturas.</p> <p>Valorar la herida (tipo, etiología, fase de cicatrización, signos de infección, dolor). d. Previa limpieza de la herida, retirar la sutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si se trata de puntos separados: Sujete el punto con las pinzas, tire de él hacia afuera para que la porción de la sutura que está por debajo quede visible, corte por debajo del nudo el cabo más cercano a la piel y extraiga suavemente cada punto sujetando la piel al mismo tiempo, con la otra mano, para evitar la tracción y la molestia al paciente.</li> <li>✓ Si se trata de sutura continua: Movilice ambos extremos de la sutura, corte uno de los extremos y tire del otro suavemente, sujetando la piel al mismo</li> </ul>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 82 de 142

		<p>tiempo con la otra mano hasta que salga todo el hilo de la sutura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si se trata de Grapas agrafes: Enganche la grapa por el centro con el extractor de agrafes presionando hasta el fondo en solo movimiento, la grapa saldrá sola. Limpiar la herida con solución salina o se realiza desinfección del área con alcohol al 70% o aseptidina solución.</li> </ul>
4. Anotación en la historia clínica	Auxiliar/enfermera	* Registra procedimiento realizado en la historia clínica, se dan recomendaciones por escrito.

**AREA: URGENCIAS HOSPITALIZACION  
ADMISION DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Solicitar servicio por urgencias	Usuaría	Ingresa la usuaria al servicio de urgencias en trabajo de parto y solicita la atención.
2. Revisar la documentación	Facturación	Recepcionar la documentación y verificar que este completa y documento de identidad) verificar los derechos en la base de datos.
3. Elaborar Ingreso. De urgencias. Triage	Auxiliar de enfermería	Elaborar HCL de urgencias con los datos de la usuaria.
4. Informar a la usuaria el sitio de la consulta	Auxiliar de enfermería	Informar a la usuaria el sitio de la consulta y/o direccionarla a sala de espera

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 83 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
5. Valorar a la usuaria	Médico	Recibir la usuaria, valora su situación actual, realizar la anamnesis, interrogar a la usuaria sobre la asistencia al control prenatal y solicitar la historia perinatal, verificar la existencia de exámenes actuales y solicita los que hacen falta. - Define conducta, según criterio médico (remisión a un segundo nivel, ingreso inmediato a sala de partos si está en expulsivo o la usuaria es hospitalizada para que continúe su trabajo de parto.
6. Revisar h.c.l. Ordenes e identificar el cuidado de enfermería	enfermera	La enfermera revisa la h. Clínica, elabora tarjetas, de líquidos y medicamentos, identifica el cuidado de enfermería, entrega la h. Clínica a la auxiliar y delega en ella la admisión de la usuaria y el cuidado especial de la mujer en el trabajo de parto
7. Tramitar órdenes médicas y de enfermería	Auxiliar de enfermería	Recibir h.c.l. E iniciar ordenes medicas y de enfermería

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*




**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

**AREA: HOSPITALIZACION Y URGENCIAS  
PREPARACION DE LA USUARIA PARA EL TRABAJO DE PARTO**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. trasladar a sala de trabajo de parto	Auxiliar de enfermera	Recibir historia clínica órdenes médicas. Hace el registro pertinente en la historia clínica.
2. Asignar la unidad a la usuaria en	Enfermería	Asignar la unidad a la usuaria en sala de trabajo de parto para su preparación.
3. Informar a la usuaria los procedimientos a realizar y recomendaciones durante el trabajo de parto y el parto.	Médico enfermera o auxiliar	Informarle a la usuaria los procedimientos a realizar. Educar a la usuaria sobre el proceso que lleva el trabajo de parto, enseñarle a respirar de forma adecuada en el momento del parto, esfuerzo y relajación durante y después de la contracción.
4. Preparar el área genital	Auxiliar de enfermería	Realizar limpieza e inspección de los genitales observando si hay presencia de várices.
6. Canalización de vena periférica.	Enfermera o auxiliar	Canalizar vena para administración de líquidos parenterales y tratamiento según orden médica.
7. revisar hcl.	Enfermera	Revisar historia clínica. Y dar cumplimiento a órdenes médicas y recomendaciones de enfermería
8. . Valorar signos vitales	Enfermera	Valoración de signos vitales cada hora o según orden médica.
9. Valorar actividad uterina	Enfermera	Controlar contracciones uterinas teniendo en cuenta: duración, frecuencia e intensidad por un lapso de tiempo de 10 minutos.
10. Valorar frecuencia	Enfermera	Valoración de fcf cada 15 minutos una vez se hayan roto las membranas

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 85 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
11. Registrar en la hcl	Aux. De enfermería enfermera	Registra en la historia clínica todas las actividades realizadas, en orden cronológico referidas al cuidado de enfermería y órdenes médicas.

**TRASLADO DE LA USUARIA A SALA Y ATENCION DEL PARTO  
AREA: URGENCIAS Y PARTOS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Valoración médica	Medico	Valora el estado clínico de la usuaria y ordena el traslado a la sala de parto.
2. Informar a la usuaria de su trabajo	Auxiliar de enfermería enfermera	Informar a la usuaria que se traslada a sala de partos.
3. Trasladar la usuaria a sala de partos.	Auxiliar de enfermería o personal APH	Trasladar a la usuaria a sala de partos cuando el médico lo indique, según el estado de la paciente (caminando- camilla) o sino se está en el Centro de Salud de Granjas / Caimi en la ambulancia
4. Verificar la existencia del equipo y materiales necesarios para la atención del parto	Auxiliar de enfermería enfermera	Verificar el equipo y material necesario para la atención de parto (guantes, equipo de episiotomía y episiorrafia, ligadura, jeringas, medicamentos, compresas, sondas líquidos endovenosos, verificar funcionamiento de equipo de succión y o2).
5. Ubicar la usuaria en la mesa de partos.	Aux. De enfermería	Indicar a la usuaria cómo debe ubicarse en la mesa de parto.
6. Limpieza de área perineal.	Aux. De enfermería	Realizar limpieza de genitales externos según técnica.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
7. Adecuar el goteo de líquidos endovenosos según indicación médica	Aux. De enfermería enfermera	Controlar goteo según indicación médica
8. Atender el parto	Médico	Atiende el parto aplicando protocolo establecido y técnica relacionada.
9. Asistir al médico durante la atención del parto	Aux. De enfermería	Colabora al médico en la atención del parto y en todo lo relacionado según la técnica requerida por la paciente

**INACTIVACION DE LA PLACENTA  
AREA: PARTOS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Preparación de la sustancia inactivadora.	Auxiliar de enfermería	La inactivación se realiza con peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) No se requiere hacer dilución, donde se disponga red de frío para depósito y almacenamiento de las placentas no requiere inactivación.
2. Recepción de la placenta.	Médico	Recibe la placenta en el periodo del alumbramiento y la deposita en un recipiente plástico que contiene el agua oxigenada
3. Inactivación de la placenta.	Auxiliar de enfermería	Se deja por 30 minutos expuesta la placenta en el agua oxigenada
4. Escurrir el exceso de líquido de la placenta	Auxiliar de enfermería	Se procede a escurrir dicho líquido en un recipiente especial.
5. Disposición final de la placenta.	Auxiliar de enfermería	Una vez escurrida la placenta se deposita en bolsa roja

Previamente rotulada y se informa al personal de aseo para que sea transportada al depósito de patógenos

**ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO  
AREA: SALA DE PARTOS Y POSPARTO**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Recibir al recién nacido	Medico	Recibir el neonato en el periodo expulsivo, valorar el apagar, realiza succión si es necesario, corta cordón umbilical, y lo entrega a la enfermera o auxiliar de enfermería.
2. Recibir al recién nacido	Enfermera	Recibe el neonato de manos del médico e inicia su cuidado y en ocasiones. Delega a la auxiliar de enfermería con la supervisión permanente
3. Tomar muestra de t.s.h.	Enfermera o auxiliar de	Una vez se liga el cordón umbilical se toma la muestra de t.s.h. Teniendo en cuenta la técnica correcta
4. Limpiar del Recién nacido.	Enfermera	Realizar limpieza de recién nacido: limpieza de sangre y demás secreciones con compresa y guantes estériles.
5. Aspirar de secreciones	Enfermera y auxiliar de enfermería	Se aspira secreciones según la necesidad del neonato, con sonda nelaton # 6.
6. Ubicar del neonato en cuna con calor radiante	Enfermera y auxiliar de enfermería	Ubica al recién nacido en servocuna.
7. Valorar medidas antropométricas de Recién Nacido	Enfermera y auxiliar de enfermería	Tomar métricas de perímetro cefálico, torácico, abdominal, talla y peso
8. Aplicar profilaxis umbilical	Enfermera y	Realizar profilaxis umbilical con gasa estéril y alcohol

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
	auxiliar de enfermería	antiséptico al 70%.
9. Aplicar profilaxis oftálmica	Enfermera y auxiliar de enfermería	Realizar profilaxis oftálmica en ambos ojos con gentamicina oftálmica al 1%.
10. Aplicar de vitamina k	Enfermera y auxiliar de enfermería	Administrar vitamina k 1mg. Intramuscular y en Recién nacidos de bajo peso menor a 2000gramos se administra 0,5 mg en el muslo anterolateral
11. Proporcionar vestido y calor al recién nacido	Enfermera y auxiliar de enfermería	Vestir adecuadamente el recién nacido, sin remover el vórmix caseoso mantener a temperatura adecuada y poca luz (36,°5 a 37,5°c).
12. Control de signos vitales del recién nacido	Enfermera y auxiliar de enfermería	Controlar signos vitales (principalmente respiración y temperatura, Saturación de oxígeno) durante el posparto inmediato.
13. Alojamiento al recién nacido	Enfermera y auxiliar de enfermería	Alojar al recién nacido junto con la madre
14. Apoyar a la lactancia materna	Enfermera y auxiliar de enfermería	Apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, enseñando técnicas de amamantamiento

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 89 de 142

## DRENAJES AREA: URGENCIAS

DEFINICION		
<p>LOS DRENAJES son todo tipo de maniobra y material (tubos u otros elementos) destinados a la evacuación o derivación de secreciones o gases, normales o patológicos, desde una cavidad o víscera hacia el exterior. Estos sistemas comunican la zona en la que está acumulado el líquido o el gas, con el exterior o con un sistema adecuado.</p> <p>Las sustancias pueden acumularse por diferentes motivos, como pueden ser traumatismos, abscesos o debido a una intervención quirúrgica para drenar el contenido residual.</p> <p><b>ABSCESOS:</b> Los drenajes evacuarán las sustancias acumuladas en estos abscesos evitando el cierre en falso de los mismos, dejaremos que se cierre por segunda intención para evitar reinfecciones. Cuando se suponga que la zona intervenida está infectada.</p> <p><b>LESIONES TRAUMÁTICAS:</b> Cuando se origina un traumatismo hay mucho líquido extravasado, por lo que es necesario la colocación de un drenaje.</p>		
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Recibir paciente, revisar documentación	Auxiliar de enfermería	Revisar la solicitud del procedimiento.
2. Solicitud facturación del procedimiento	Auxiliar de enfermería	Solicitar al usuario se dirija a facturar el procedimiento



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

3. Facturación del procedimiento	Facturación	El facturador de turno factura de acuerdo a las tarifas soat establecidas, el usuario cancela el copago respectivo, es carnetizado no cancela nada, si es particular paga tarifa plena.
4. Ubicar al paciente en sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	Ubicar al paciente en la sala designada para drenajes teniendo en cuenta la privacidad del usuario y explicar el procedimiento.
5. Preparar el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Alista en la mesa de mayo, el equipo y material necesario: gasa, riñonera, hoja de bisturí, guantes estériles, apósitos, esparadrapo o micropores, aseptidina espuma y solución, mechas y solución salina normal.
6- Realizar el procedimiento	Enfermera / Medico	Se lava las manos se calza los guantes y cumple con normas de bioseguridad, realiza asepsia y antisepsia del área y luego una pequeña incisión en el centro del absceso, presiona en forma leve extrayendo el material seroso, lava con abundante suero fisiológico y desinfecta con las soluciones, coloca la mecha si el caso lo requiere, cubre con apósito y fija con esparadrapo o micropore.
7- Recomendaciones	Enfermera o auxiliar	Explicar al usuario acerca de los cuidados que debe tener y la importancia de asistir diariamente a curación
8. Dejar la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	Recoge, lava y organiza el material utilizado, desecha material sucio de drenaje, en bolsa roja y deposita ésta en el lugar indicado

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 91 de 142

9. Registra el procedimiento	Enfermera o auxiliar y explicar el procedimiento	Registra el procedimiento en la historia clínica, describe todo lo observado, teniendo en cuenta: características de las secreciones y soluciones empleadas.
------------------------------	--	--

### PASO SONDA VESICAL AREA: URGENCIAS

DEFINICIONES
<p><b>SONDAJE VESICAL:</b> Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del orificio por donde sale la orina (uretra), con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior, con fines diagnósticos o terapéuticos.</p>
<p><b>SONDAJE INTERMITENTE:</b> Después de realizar el sondaje, se retira el catéter, puede ser único o repetitivo y tiene las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaciado de vejiga en caso de retención urinaria.</li> <li>• Obtención de muestra de orina estéril.</li> <li>• Exploración uretral o vesical.</li> <li>• Determinación de la cantidad de orina residual, después de una micción.</li> <li>• Introducir medicamentos con fines diagnósticos y terapéuticos.</li> </ul>
<p><b>SONDAJE PERMANENTE:</b> Después de realizar el sondaje, el usuario dura un tiempo definido con el catéter, este procedimiento está indicado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de diuresis en los usuarios críticos.</li> </ol>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 LÍNEA AMIGA  
863 2828

 WHATSAPP  
304 384 99 92

 ESE Carmen Emilia Ospina

2. Proporcionar una vía de drenaje o lavado continuo a la vejiga.
3. Cirugía urológica u otra cirugía cercana al trato urinario.
4. Mantener seca la zona genital en usuarios incontinentes, en situaciones especiales como tratamiento de escaras.
5. Fistulas vesicales y rotura vesical extra peritoneal.
6. Hematuria.
7. Tratamiento intraoperatorio y postoperatorio de intervenciones quirúrgicas largas.
8. Se utiliza el sondaje permanente el tratamiento crónico de usuarios con fracaso en el vaciado vesical espontaneo, cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.

**LAVADO INTERMITENTE:** Se debe realizar en usuarios con hematuria moderada a severa (cirugía genitourinaria, trasplante renal, traumatismo renal cerrado, contusión vesical, etc.) quienes tienen riesgos de obstrucción de la sonda vesical por coágulos. No se debe realizar lavado cuando se sospecha ruptura de vejiga o reflujo vesico-uretral.

**LAVADO CONTINUO:** Se realiza con el propósito de prevenir la formación y retención de coágulos de sangre en usuarios que presentan hematuria, bien sea por intervenciones quirúrgicas o por patologías genitourinarias.

**CONTRAINDICACIONES DEL SONDAJE PERMANENTE:**

- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fistulas, entre otras). Traumatismos uretrales (doble vía) o pélvicos.
- Incontinencia urinaria (el sondaje vesical no está indicado como primera opción, antes se intentará una reeducación vesical o uso de colectores o pañales.



El mecanismo por el cual se produce la infección urinaria es mediante el ascenso de microorganismos a través de la luz interior de la sonda, o bien por la mucosa que la rodea. Este ascenso de los microorganismos se puede producir en tres situaciones:

1. En el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia.
2. A causa de desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.

3. Por la diseminación retrógrada de los gérmenes hacia la vejiga, al elevar la bolsa previamente contaminada por encima del nivel de la misma. Lo anterior incluye el riesgo en sistemas con válvula antireflujo.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1- recibir paciente, revisar documentación	Auxiliar de enfermera	Revisar solicitud del procedimiento, en caso de pacientes particulares informar al usuario debe cancelar tarifa plena del procedimiento, o si esta capitado con la institución.
2 solicitud facturación del procedimiento	Auxiliar de enfermera	Solicitar al usuario se dirija a facturar el procedimiento
3-facturar el procedimiento	Auxiliar de enfermería o facturación	El auxiliar de facturación o de enfermería, factura el procedimiento al usuario con tarifa plena o si se puede realizar el procedimiento.
4- ubicar al paciente en sala de procedimientos	Auxiliar de enfermera	Ubicar al paciente en posición cómoda y adecuada, si es mujer colocarla en posición ginecologica, si es varón en posición supina con las piernas extendidas sobre la cama, en la sala designada teniendo en cuenta la privacidad del paciente y explica el procedimiento.
5- preparar el equipo necesario	Auxiliar de enfermera	Bandeja con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de protección individual incluida Monogafas.</li> <li>• Guantes estériles y limpios.</li> <li>• Gasas estériles.</li> <li>• Jabón antiséptico.</li> <li>• Agua estéril.</li> <li>• Sonda Foley o Nélaton de calibre adecuado.</li> <li>• Jeringa de 10 ml.</li> <li>• Agua estéril para inflar el balón.</li> <li>• Bolsa recolectora de orina.</li> <li>• Esparadrapo.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidocaína jalea estéril.</li> <li>• Micropore.</li> <li>• Bata manga larga estéril.</li> </ul>
<p>6. Realizar el procedimiento</p>	<p>Enfermera</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar higiene de manos.</li> <li>➤ Colocarse los guantes estériles y colocar un campo estéril por encima de la zona pubiana</li> <li>➤ Depositar el material estéril sobre el campo estéril.</li> <li>➤ Comprobar que el balón de la sonda esté integro inflándolo con 2 a 3 cc de aire, luego desinflelo.</li> <li>➤ Prepare el sistema colector o Cystoflo (bolsa recolectora de orina): sin retirar la tapa que protege la pinza de cierre de la manguera de drenaje de la bolsa, clámpela. Luego, retire sin desechar el tapón de la válvula de la manguera de drenaje (tiene la función de campeo) y conecte la válvula antes de introducir la sonda, siempre y cuando la sonda no cuente con guía; en cuyo caso el sistema cerrado será instaurado al terminar el paso de la sonda. Se entrega a la circulante la bolsa del sistema colector para que la rotule y sitúe por debajo del nivel de la vejiga.</li> <li>➤ En hombres sujetar el pene con firmeza mediante los dedos pulgar e índice de la mano no dominante (esta maniobra evita la erección), deslizando el prepucio hacia abajo con la ayuda de una gasa. La circulante, sin tocar la punta del aplicador, lo conecta al tubo de la lidocaína jalea y posteriormente en posición vertical introduce la punta del mismo en el meato urinario y administra su contenido manteniendo una presión constante hasta vaciarlo y retirarlo</li> </ul>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p align="center"><b>MANUAL ENFERMERIA</b></p>			
<p><b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS</p>	<p><b>CODIGO:</b> SU-S1-M4</p>	<p><b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023</p>	<p><b>V6</b></p>	<p><b>PÁGINA</b> 95 de 142</p>

		<p>sin dejar de presionar; si hay sobrantes se deben desechar. En usuarios pediátricos, neonatos y mujeres en cuyo caso el aplicador de la lidocaína es muy grande, la circulante (sin tocar) colocará en el dorso de la mano del que realiza el procedimiento la lidocaína y este, a su vez, impregnara la punta de la sonda con ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Espere unos minutos para obtener efectos de anestésico y de lubricación óptimos.</li> <li>➤ Con la mano no dominante hay que sujetar el pene en posición perpendicular, formando un ángulo de 90° respecto al cuerpo y realizando una ligera tracción del pene, lo cual facilitará la inserción de la sonda.</li> <li>➤ En mujeres con la mano no dominante separar los labios mayores.</li> <li>➤ Con la mano dominante introducir suavemente la sonda en el meato urinario hasta que drene orina. No forzar en caso de que la sonda no penetre.</li> <li>➤ Cuando observe salida de orina introduzca más la sonda para asegurar la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y posterior inflado del balón en dicha cavidad no en la uretra.</li> <li>➤ Dejar fluir la orina libremente hacia el sistema colector (Cystoflo), puesto que el sistema ya está instaurado; pe conecte el sistema colector. Se debe tener precaución para evitar retiro accidental de la sonda.</li> <li>➤ En caso de sondajes por retención, evacuados los primeros 500 ml, pinzar el tubo que va a bolsa duran descompresión</li> </ul>
--	--	---

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

brusca de la vejiga. Se repetirá este proceso tantas veces como sea necesario.

- En el sondaje vesical temporal o permanente, utilizando una jeringa estéril se introduce en el balón la cantidad el fabricante y posteriormente se desliza suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia man inflado del balón ancla la punta de la sonda en la unión vejiga - uretra).
- Volver a colocar el prepucio sobre el glande.
- Realizar la fijación de la sonda en la cara interna del muslo (figural) con una tira de tela adhesiva comprobando que la amplitud del movimiento de la extremidad no tensa la sonda (evita el riesgo de lesión tisular en la salida accidental de la sonda).

Dejar el usuario en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso a timbre y objetos.



Se debe marcar el sistema colector con nombre y apellidos del usuario, número de identificación, fecha y hora de inserción, nombre del profesional quien paso la sonda y servicio donde se realizó el procedimiento.

Figura 1 fijación de la sonda vesical en usuarios adultos



Sonda de Foley en varones



 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 98 de 142



7- Dejar la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	Recoge, lave y organice el material utilizado, segregar de acuerdo al manual gestión de residuos generados en el procedimiento.
8- Registrar el procedimiento	Enfermera o auxiliar	En la nota de enfermería, realice la descripción del procedimiento, registre fecha y hora de la inserción tipo y tamaño de la sonda vesical, cantidad de solución administrada en el balón, la finalidad con la que se pasó, si se presentaron complicaciones, describir la técnica aséptica utilizada, si se recolectó muestra y las características de la orina.

**RETIRO DE SONDA VESICAL  
AREA: URGENCIAS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Ubicar al paciente en sala de procedimientos	Auxiliar de enfermería	Colocar el usuario en posición adecuada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el hombre en decúbito supino con las extremidades inferiores ligeramente separadas.</li> <li>• En la mujer en decúbito supino con las piernas flexionadas (posición ginecológica).</li> </ul>
2. Preparar el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Alista en la mesa de mayo el equipo y material necesario: guantes estériles, agua estéril, pato, recipiente para los desechos, jeringa de 10 cm.
3. Realizar el procedimiento	Enfermera o auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del procedimiento al paciente y aclárele que sentirá escozor cuando se le extraiga la sonda.</li> <li>• Explique la necesidad de cuantificar el</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p>volumen de las próximas micciones. Ubique el paciente en la posición adecuada: – Hombre: decúbito supino. – Mujer: posición ginecológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaciar el contenido de la bolsa recolectora de orina y cuantificarlo.</li> <li>• Retire el esparadrapo de sujeción.</li> <li>• Conecte la jeringa para desinflar el globo y extraer el líquido lentamente (verifique que el volumen corresponde con el que se inflo el balón).</li> <li>• Retire suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colector.</li> <li>• Asegúrese que el paciente elimine de manera espontánea.</li> </ul>
4. Recomendaciones	Enfermera o auxiliar	Realizar ejercicios vesicales, promover el consumo de líquidos.
5. Dejar la sala de procedimientos en orden	Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoge, lava y organiza el material utilizado,</li> <li>• Deseche la sonda y la bolsa colector en la bolsa de residuo.</li> </ul>
6. Registrar el procedimiento	Enfermera o auxiliar	Realizar los registros en la Historia Clínica especifique las características y si hubo presencia de coágulos e insumos utilizados.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 100 de 142



## REVISION DE CARRO DE PARO AREA: URGENCIAS

<b>DEFINICION</b>		
<p>El carro de paro es una unidad móvil, compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos y medicamentos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia médica con amenaza inminente a la vida por paro Cardio respiratorio o por un colapso cardiovascular.</p> <p>Recuerde el carro de paro debe estar ubicado en un lugar de fácil acceso, sin nada que lo obstruya o dificulte su desplazamiento y conectado a una fuente de energía.</p>		
<b>SECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. Semaforizar los medicamentos	Enfermera / Regente del servicio	<p>Con el fin de tener control de las fechas de vencimiento, se semaforiza todos los medicamentos del carro de paro, se marcará cada medicamento de color, de la siguiente forma:</p> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; border-radius: 50%;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; border-radius: 50%;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; border-radius: 50%;"></div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Color Rojo: fecha de vencimiento de hasta 4 meses.</li> <li>Color Amarillo: de 6 a 9 meses</li> <li>Color Verde: mayor de 9 meses.</li> </ul> <p>Esta semaforización se realizará previamente para iniciar el cumplimiento del proceso. Devolver medicamentos con fechas de vencimiento</p>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 101 de 142
---	-------------------------	-----------------------------	-----------	--------------------------

		menor de 3 meses, para el cambio.
2. Reposición de medicamentos e insumos según cantidades de lista de chequeo	Regente Farmacia y Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El buen uso de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos.</li> <li>➤ Semaforización de los medicamentos y dispositivos médicos contenidos en el carro de paro.</li> <li>➤ Reporte de fechas de vencimiento, seguridad y custodia de los mismos.</li> <li>➤ Diligenciamiento de forma idónea de los registros de verificación y apertura del carro de paro.</li> <li>➤ Llevar la relación de los diferentes reportes de fecha de vencimiento, traslado y cambio.</li> </ul>
3. Hacer acta apertura carro de paro	Auxiliar de enfermería / enfermera	<p>Verificar diariamente y en cada turno el contenido del carro de paro de acuerdo a la lista de verificación y firmar en la casilla correspondiente según fecha y turno.</p> <p>Si este se recibe cerrado y enzunchado registrar en la lista de chequeo carro de paro enzunchado y cerrado</p> <p>En caso de no usarse ese abrirá y se revisara el día viernes de cada semana.</p>
4. Cierre y enzunche del carro de paro	Auxiliar de enfermería / enfermera	Luego de haber utilizado el carro de paro de debe realizar cierre y ensunche el caro de paro

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 102 de 142

5. uso del carro en caso de emergencia	Auxiliar de enfermería / enfermera / medico	En caso de emergencia se utilizará el carro de paro de acuerdo al manual de código azul. Según la orden médica la auxiliar de enfermería o la enfermera sacan del carro de paro el material necesario para la atención del usuario, la misma persona se compromete a realizar la respectiva reposición con acta de apertura.
6. verificación de faltantes y equipos	Auxiliar de enfermería / enfermera	Verifica lista de chequeo del carro de paro, solicita medicamentos equipo o solución según orden <b>medica</b> , verifica funcionamiento de los equipos y estado de pilas de linternas y laringoscopios.
7. formulación de insumos	Médico / Auxiliar de Enfermería	Ordena medicamentos, equipos y soluciones necesarias en el procedimiento de reanimación cardio cerebro pulmonar

**ASEO RUTINARIO Y TERMINAL  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION-PARTOS**

<b>DEFINICION</b>
<p>Es la remoción de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas, etc.) que se adhiere a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergentes y productos enzimáticos. Siempre debe preceder a los procesos de desinfección y esterilización. Es altamente efectiva para remover microorganismos.</p> <p>Se diferencian dos tipos de limpieza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rutinaria: Es aquella que se realiza en forma diaria o la que se aplica en el manejo entre paciente y paciente o entre procedimientos.</li> </ul>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828



 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

- **Terminal:** Es aquella que se realiza en todas las áreas de la institución en forma minuciosa incluyendo sistemas de ventilación, iluminación y almacenamientos, entre otros máximo una vez a la semana o si las condiciones del área lo ameritan (por ejemplo salas quirúrgicas antes de iniciar los procedimientos) se realiza antes del tiempo programado y al alta del paciente.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
Limpieza y desinfección de áreas semicríticas	Personal de servicios generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar la postura de Elementos de protección personal, requeridos acorde a lo establecido en el manual de limpieza y desinfección.</li> <li>➤ Verificar el tipo de limpieza y desinfección que se requiere, rutinario o terminal.</li> <li>➤ Realizar alistamiento de herramientas de limpieza y desinfección rotuladas (mopas, traperos, atomizadores, cepillos entre otras.</li> </ul> <p>Coordine con el personal de enfermería las necesidades de limpieza del servicio según prioridad: salida de paciente hospitalización, habitación libre, recuerde que si la habitación está en aislamiento la debe manejar como un área crítica.</p> <p>La limpieza siempre seguirá el siguiente orden: De arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera y de lo más limpio a lo contaminado. Realizar primero limpieza y luego desinfección, siempre se deben realizar los dos procedimientos.</p> <p>Evitar levantar polvo al limpiar. Emplear un paño húmedo</p>

		<p>para limpiar las paredes u otras superficies, y mopa húmeda para la limpieza del suelo con el fin de reducir la propagación de los microorganismos y el polvo.</p> <p>Lavar las superficies de arriba para abajo para que la suciedad caiga al suelo y sea lo último de recoger. Limpie primero las instalaciones que sean más altas y de ahí, siga limpiando hacia abajo. (Como ejemplo: se debe limpiar primero las lámparas del techo, después las mesas, luego los estantes, y como último, el piso). Utilice un paño de limpieza diferente para las superficies frecuentemente tocadas y por ende con mayor probabilidad de estar contaminadas.</p> <p>Limpiar los materiales, áreas de poca visibilidad y difícil acceso para poder controlar la contaminación de bacterias.</p> <p>Hacer la remoción mecánica friccionando las superficies.</p>
<p>Recolección de desechos de los recipientes ubicados en los consultorios y áreas comunes</p>	<p>Personal de servicios generales</p>	<p>Recoger las bolsas ubicadas en los recipientes dos veces al día, teniendo en cuenta la adecuada disposición de desechos (las bolsas deben estar acorde.</p> <p>Retire, anude y rotule con (fecha, hora y servicio los residuos aprovechables / bolsa blanca).</p> <p>Retire, anude y rotule con (fecha, hora y servicio los residuos No aprovechables / bolsa negra).</p> <p>Traslade los residuos hacia el cuarto de almacenamiento intermedio de la unidad.</p> <p>Retire, anude y rotule con (fecha, hora y servicio los</p>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 105 de 142

		residuos peligrosos / bolsa roja). Colocar nuevamente la bolsa correspondiente, según el tipo de desechos y/o necesidad del servicio.
Traslado de desechos al área de almacenamiento	Personal de servicios generales	Transportar los desechos recolectados al área de almacenamiento, según protocolo institucional.
Inactivación de derrames de líquidos corporales	Aux. De enfermería	Porte los guantes desechables. Aplique directamente sobre el fluido para realizar la inactivación con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm. Deje actuar por 10 minutos. Realice la recolección con mopa y recogedor cubiertos con bolsa roja. Aplique nuevamente en el área con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm a la misma dilución para realizar la desinfección. Deje actuar por 10 minutos. Retire el producto por medio de la mopa correspondiente a piso. Proceda a realizar la limpieza y desinfección de mopas descrito en el anexo 2. Limpieza y desinfección de Mopas.
Limpieza y Desinfección de pisos	Personal de servicios generales	Realizar barrido mecánico 2 veces al día. Trapear con agua y jabón dos veces al día para desprender la grasa Orgánico.  Trapear con solución de hipoclorito de sodio en concentración de 500 ppm.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828



WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

Desinfección Rutinaria de baños

Personal de  
servicios generales

La limpieza de baños se realizará desde las partes más altas hacia abajo, desde lo más limpio a lo más contaminado por lo cual se finalizará con el inodoro. Se deberá aplicar detergente desinfectante en cada una de las superficies teniendo en cuenta la técnica de arrastre pasando una sola vez por la misma zona. Antes de iniciar el lavado del sanitario se recomienda vaciar el agua del tanque al menos una vez. Aplicar detergente desengrasante líquido, por todas las superficies del sanitario, iniciando por la parte exterior, la base, el área de atrás, las tuberías y las bisagras. Continuar con la limpieza de la parte interior del sanitario con un cepillo de mango largo, posteriormente retirar con paño humedecido en agua. Luego aplicar detergente desinfectante con un paño para este fin. Al finalizar soltar nuevamente el tanque, El enjuague de la parte exterior del sanitario se realizado con un paño húmedo el cual se humedecerá las veces que sea necesario. Por último, aplicar detergente desengrasante con cepillo de cerdas duras en el piso, retirar el mismo con trapero humedecido en agua, al cual se aclarará las veces que sea necesario, luego se aplicará detergente desinfectante con los elementos necesarios el cual se dejará actuar de acuerdo al producto. Al finalizar la limpieza se verifica que los drenajes (desagües) se encuentren despejados. Se coloca la dotación del baño (jabón, papel higiénico, toallas de papel) y Aseptidina.

 <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 107 de 142

Descripción de la limpieza y desinfección Terminal Baños	Personal de servicios generales	<p>La limpieza de baños se realizará de acuerdo a lo descrito anteriormente Se debe iniciar desde las partes más altas hacia abajo, desde lo más limpio a lo más contaminado por lo cual se finalizará con el inodoro. Se deberá aplicar detergente desengrasante en cada una de las superficies teniendo en cuenta la técnica de arrastre pasando una sola vez por la misma zona. Se retirará con paño humedecido en agua. Posteriormente se aplicará el desinfectante de alto nivel pasando por todas las superficies, (hipoclorito) dejar actuar de acuerdo al producto y retirar con elementos humedecidos en agua.</p>
Descripción de la limpieza y desinfección Habitaciones de hospitalización 0 cubículos de urgencias	Personal de servicios generales	<p>Coordine con el personal de enfermería las necesidades de limpieza del servicio según prioridad. Revise diariamente todas las habitaciones desocupadas para garantizar que estén listas para el uso. Tenga todo el equipo listo al llegar al cuarto del paciente, esto impedirá molestarlo entrando y saliendo innecesariamente. Recuerde siempre que la limpieza se realiza de lo más limpio (habitación) a lo más contaminado (baño). Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. limpieza de lugares elevados (de acuerdo a lo descrito anteriormente)</li> <li>2. Remoción de polvo en húmedo de superficies horizontales mobiliario de pacientes (mesitas de noche, mesa auxiliar de paciente)</li> <li>3. Limpie y desinfecte el piso para lo cual se aplicará el producto sobre el trapero o mopa el cual no requiere ser retirado luego de su uso.</li> </ol>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

		<p>4. vaciar la bolsa de la basura Anude la bolsa antes de sacarla de la caneca. Aplique el detergente desinfectante en pisos y paredes de la habitación cumpliendo con la misma técnica de limpieza. Posteriormente retire con elementos humedecidos en agua luego continúe con la aplicación de desinfectante a la dosificación recomendada.</p> <p>5. Limpie y desinfecte la caneca con desinfectante.</p> <p>Recomendación: Nunca exprima el trapero con la mano, use el exprimidor. Toda humedad se considera foco de multiplicación de gérmenes por tanto deje las superficies lo más secas posibles.</p>
<p>Limpieza rutinaria y terminal de camas/camillas</p>	<p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Retira la ropa de la cama envolviéndola hacia el centro para evitar producir aerosoles. Quite las fundas y ponga las almohadas y frazadas en uno de los extremos del colchón, no coloque cerca de su cuerpo los tendidos mientras los lleva a la bolsa. Retire los muebles cercanos a la cama como mesa de comer y mesa de noche. La limpieza se realiza con un trapo impregnado de solución de detergente diluido y se enjuaga con un trapo húmedo. Tenga cuidado de no mojar las partes eléctricas y electrónicas de la cama. Gire el colchón hacia la mitad vertical u horizontal y lave el marco de la cama y malla. Use cepillo o compresa. Gire el colchón hasta formar una L con la cama. Limpie toda la superficie del colchón y sus bordes. Limpie la superficie descubierta de la cama. Voltee el colchón sobre la superficie limpia de la cama de tal forma que queden en contacto las dos superficies limpias. Limpie la otra superficie de la cama, la superficie expuesta</p>



		<p>del colchón y sus bordes. Gire de nuevo el colchón hasta dejarlo en su posición habitual. Lave la parte inferior de las barandas. Seque rigurosamente las partes metálicas de la cama. El forro del colchón se limpia estregándolo con una solución de agua y jabón luego se retira la solución con paños húmedos. Limpie la superficie de la almohada con el paño impregnado con detergente realizando pasadas largas y finalizando con los bordes, posteriormente pase nuevamente el paño húmedo retirando el detergente. Tomar nuevamente el paño húmedo esta vez con desinfectante pasando nuevamente el paño secando la superficie. Si es una habitación en aislamiento efectué una inactivación previa de las superficies. Proceder a desinfectar las superficies de la cama con el desinfectante establecido por la institución utilizando la misma técnica de limpieza. Deje actuar por 10 minutos y tienda la cama. Recuerde que en cada turno se hace necesario realizar limpieza de elementos y mantener correcto el tendido de la cama.</p>
<p>Limpieza rutinaria y terminal de cunas</p>	<p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Retire el colchón de la cuna, ubicándolo en el o de forma lateral. No lo apoye en el piso. Con un paño humedecido con detergente limpie primero la parte interna de la cuna, luego los bordes, los laterales externos, las patas y, por último, las ruedas. Enjuague con agua limpia, repitiendo el mismo orden. Una vez limpia la cuna realice la limpieza del colchón con un paño limpio humedecido con la mezcla de detergente. Realice pasadas largas rectas y uniformes, retire el jabón con un paño humedecido con agua.</p>

		Desinfecte la cuna, sólo la parte interna, los bordes y los laterales externos. No enjuague posteriormente. Mientras se seca la cuna, realice la desinfección del colchón. Mientras el colchón se seca, colóquelo en sentido vertical a la cuna (parado). Sólo una vez que el colchón esté seco, colóquelo en la posición correcta en la cuna
Limpieza Rutinaria escritorios-Star de enfermería, archivador, loceras,	Auxiliar de enfermería	Rutinaria 1 vez por día o cada que sea necesario, terminal cada ocho días  Con un paño limpio doblado en cuatro partes y humedecido con mezcla de limpiador desinfectante, limpie las superficies con pasadas largas rectas y uniformes sin devolverse, iniciando de arriba hacia abajo en el siguiente orden, la base, los costados, dándole la vuelta al paño cada que se requiera, deje actuar de acuerdo al producto.
Limpieza Terminal escritorios-Star de enfermería, archivador, loceras,	Auxiliar de enfermería	Con una sabrá humedecida con mezcla de desengrasante, limpie las superficies, en el siguiente orden, base, costados, patas, luego retire con paño húmedo con agua y aplique detergente desinfectante, en el mismo orden de la limpieza, deje actuar por 10 minutos y posteriormente retire de las superficies con un paño humedecido con agua.
Limpieza Desinfección Rutinaria Sillas, sofás	Auxiliar de enfermería	En áreas administrativas: Rutinaria 1 vez por día o cada que sea necesario, y terminal cada ocho días. En áreas asistenciales: 1 vez por turno, y de forma terminal cada 8 días o entre paciente y paciente. Con un paño limpio doblado en cuatro partes y humedecido con mezcla de limpiador desinfectante, limpie

		las superficies con pasadas largas rectas y uniformes sin devolverse, iniciando de arriba hacia abajo por el espaldar, brazos, base, patas (incluir rodachinas) dándole la vuelta al paño cada que se requiera, deje actuar de acuerdo al producto.
Limpieza y Desinfección Terminal sillas y sofás	Auxiliar de enfermería	Si encuentra suciedad visible aplique detergente desengrasante, de lo contrario aplique detergente desinfectante con un paño iniciando por el espaldar parte delantera luego parte trasera, brazos, base, patas (incluir rodachinas) limpie las superficies, luego retire con paño. En áreas críticas y Semicritica aplique el desinfectante, en el mismo orden de la limpieza deje actuar por 10 minutos y posteriormente retire de las superficies con un paño humedecido con agua.
Limpieza y Desinfección Lámparas	Auxiliar de enfermería	Terminal cada 8 días. Con la ayuda de un paño de material absorbente remover el polvo y suciedad presente. Aplique solución detergente de acuerdo a la dosificación establecida. Repase nuevamente con paño limpio y húmedo para eliminar detergente. Termine el procedimiento aplicando solución desinfectante de acuerdo a la dosificación establecida por <b>Protocolo institucional.</b>
Limpieza y Desinfección teléfonos	Auxiliar de enfermería	Inicie limpiando con un paño limpio doblado en cuatro partes y humedecido con mezcla de detergente, limpie las superficies con pasadas largas rectas y uniformes sin devolverse, iniciando por la parte superior, laterales, inferior y bocina dándole la vuelta al paño cada que se requiera, deje actuar por 10 minutos y posteriormente

		retire de las superficies con un paño humedecido con agua.
Limpieza y Desinfección atriles y escalerillas	Auxiliar enfermería	de Se frota con paño humedecido con detergente y se retirará con un paño humedecido con agua. Después Se frota con un paño humedecido con desinfectante y se dejará actuar por 10 minutos y se retira con paño humedecido con agua.
Limpieza y desinfección Monitor Fetal	Auxiliar enfermería	de Antes de realizar la Limpieza se debe desconectar el equipo. El toco transductor y los cables se deben limpiar entre paciente y paciente con alcohol y se debe retirar los restos de gel con una toalla de papel. Se utiliza una toalla con desinfectante evitar que entre al interior del equipo. Esperar que se seque nuevamente el equipo para encenderlo.
Limpieza y desinfección Doppler Fetal	Auxiliar enfermería	de Retirar las baterías Previamente. Retirar los restos de gel con una toalla de papel. Se utiliza una toalla húmeda con alcohol y nunca se utilizan solventes. Evitar que entre alcohol al interior del equipo. Esperar a que se evapore el alcohol antes de colocar nuevamente las baterías.
Limpieza y desinfección Bombas Infusión	Auxiliar enfermería	de Limpiar con paño impregnado de alcohol diariamente, limpiar semanalmente con detergente, retirar con agua, la pantalla se debe limpiar con paño seco. limpiar con paño impregnado de alcohol diariamente, y semanalmente desinfectar con paño impregnado
Limpieza y desinfección Hojas de	Auxiliar enfermería	de Sumergir en la mezcla de detergente, dejar 5 minutos en prelavado, friccionar y luego, lavar abundante agua, En caso de presentar acumulación de secreciones se deben frotar con cepillo, y secar. Se debe tener precaución de

Laringo		retirar el bombillo de las hojas de laringos previo a sumergir. La base de laringoscopio no se debe sumergir y se limpiara con un paño humedecido con detergente. Depositar en un recipiente con desinfectante y dejar durante 20 minutos, enjuagar con agua estéril y secar o dejar encima de toalla desechable hasta que se encuentren secos. Empacar en bolsas herméticas (ziploc) y marcar con la fecha de la desinfección o enviar a central de esterilización según el caso.
Limpieza y desinfección de equipos de órganos	Auxiliar enfermería de	<b>OFTALMOSCOPIO:</b> limpiar con un paño seco. Evite el uso de materiales de limpieza abrasivos en la placa frontal. <b>Otoscopio:</b> Limpiar con un paño humedecido con alcohol el área donde se ubican los conos, con otro paño seco limpie el mango y el área frontal o de observación. Por ningún motivo introduzca el otoscopio sin uso de conos. Se utiliza una toalla húmeda con alcohol y nunca se utilizan solventes. Evitar que entre alcohol al interior del equipo. Esperar a que se evapore el alcohol antes de colocar nuevamente las baterías si la tiene.
Limpieza y desinfección Tensiómetro	Auxiliar enfermería de	Limpiar con mezcla de detergente el manómetro y mangueras de extensión friccionando uniformemente, verifique mantenimiento preventivo del manómetro. El brazalete debe lavarse en inmersión, enjuagar con agua y secar con paño verificando que no se deteriore el velcro y/o contenido del brazalete (látex, vinil, tela etc. Con un paño humedecido con desinfectante realice pasadas rectas y uniformes, si va a utilizarse rápidamente, deje actuar por 20 min y retire con un paño estéril humedecido

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 114 de 142

Limpieza y desinfección Fonendoscopio	Auxiliar de enfermería	con agua estéril. Realice Limpieza con la mezcla de detergente en los tubos biauriculares, tubuladura flexible, aro y olivas, retire con paño humedecido con agua. Las olivas se deben remover para su limpieza. El diafragma del fonendoscopio se debe limpiar con un paño humedecido con alcohol. Desinfecte con alcohol al 70%. Las perillas y membranas del circuito del fonendoscopio deben desecharse de forma periódica (cada 3- 6 meses), según deterioro.
--	---------------------------	---

Frecuencia del procedimiento: dos veces al día.

**Nota:** fórmula para preparar soluciones de hipoclorito:



CC=  $\frac{\text{volumen en litros a preparar} \times \text{pp.m}}{\text{concentración} \times 10}$

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 115 de 142

**LAVADO DE DERRAME  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION.PARTOS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Delimitar el área de derrame	Aux. De enfermería	Cada vez que se presente un derrame de algún fluido corporal, delimitar inmediatamente el área donde se produce el derrame, Porte los guantes desechables.
2. Desinfección del área	Aux. De enfermería Personal de servicios generales	<p>Aplique directamente sobre el fluido para realizar la inactivación con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm. Deje actuar por 10 minutos.</p> <p>Realice la recolección con mopa y recogedor cubiertos con bolsa roja.</p> <p>Aplique nuevamente en el área con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm a la misma dilución para realizar la desinfección.</p> <p>Deje actuar por 10 minutos.</p> <p>Retire el producto por medio de la mopa o toallas de papel correspondiente a piso.</p>
3. Desechar el material utilizado	Aux. De enfermería Personal de servicios generales	Una vez realizado el procedimiento, las compresas o toallas papel utilizadas deben eliminarse en bolsa roja rotulada.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 116 de 142

**LAVADO DE EQUIPOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION Y PARTOS**



Secuencia	Responsable	Descripción
1. Clasificación de instrumental a descontaminar	Aux. De enfermería	Clasificar el material a ser descontaminado, por sus características y por las instrucciones del fabricante, utilizando todos los EPP
2. Limpieza y desinfección Patos, Pisingo y Riñoneras	Auxiliar. De enfermería	<p>Entre paciente y paciente y de forma terminal, limpieza y desinfección. / Cada vez que sea usado por el mismo paciente.</p> <p>Depositar las secreciones y fluidos en el sanitario y descargar la cisterna; si en el baño de la habitación no se cuenta con ducha teléfono se transportará al área de limpieza. Adicionar la solución detergente previamente preparada y realizar movimientos giratorios, frote con un escobillón o esponja Descargar solución de lavado en el sanitario, y enjuagar con abundante agua hasta retirar la solución jabonosa.</p> <p>Se deberá realizar mediante aspersión con un atomizador la solución al interior de la superficie de la pato riñonera o pisingo; garantice que todas las superficies queden impregnadas. Realizar movimientos giratorios al recipiente con la solución impregnada para garantizar que cubra toda la superficie interior. En la parte exterior aplique.</p>
3. Limpieza y	Auxiliar. De enfermería	<p>Este proceso se realiza sumergiendo el material en el recipiente perforado con detergente enzimático.</p> <p>El lavado del instrumental de manera individual en un lapso</p>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

f @  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 117 de 142



desinfección Instrumental quirúrgico		<p>de tiempo de 1 a 5 minutos en agua y Bonzyme, en remojo el equipo hasta que toda la materia orgánica esté disuelta y se haya eliminado, cumpliendo los siguientes lineamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada superficie del instrumental debe estar en contacto con la solución de limpieza. ( Bonzyme ).</li> <li>2. Todos los instrumentos como las pinzas se deben abrir durante el lavado.</li> <li>3. Se realiza la fricción del instrumental con agua y jabón enzimático a través de un cepillo de cerdas blandas (no de metal), o paño suave y agua, se limpiarán mecánicamente todas las superficies de los dispositivos médicos. El cepillado debe realizarse debajo del nivel del agua. Si se realiza fuera del nivel del agua creará aerosoles que contienen microorganismos peligrosos para el operador.</li> <li>4. Enjuagar el dispositivo médico energicamente con agua corriente potable, aspirando el agua a través de todos los canales, para quitar posibles rastros del detergente enzimático.</li> </ol>
4. Lavado de los elementos.	Aux. De enfermería	Enjuagar el dispositivo médico energicamente con agua corriente potable, aspirando el agua a través de todos los canales, para quitar posibles rastros del detergente enzimático.
5. Secado de los elementos	Aux. De enfermería	Secar completamente los elementos con compresas. Depositar en cubeta Rotulada para el traslado a la central de Esterilización.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 118 de 142

**ESTERILIZACION DE INSTRUMENTAL  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACION PARTOS Y OTROS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1. Preparación del instrumental a esterilizar.	Aux. De enfermería	Una vez realizado el lavado y secado del instrumental, se clasifica por equipos. El área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación del material ingresarán los objetos completamente limpios y secos. Aquí, el instrumental y los equipos son revisados para velar por su limpieza, integridad y funcionalidad.
2. Empaque de instrumental a esterilizar	Aux. De enfermería	Comprende la inspección y verificación de los artículos, la selección del empaque, el empaque propiamente dicho, el sellado, la identificación del paquete y la evaluación del mismo.
3. Marcar el empaque	Aux. De enfermería	Rotular con el nombre del equipo el empaque, con la cinta marcadora para esterilizar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre del elemento o equipo médico.</li> <li>- Número de identificación del ciclo de esterilización.</li> <li>- fecha de esterilización.</li> <li>- Vencimiento del instrumental.</li> <li>- Persona Responsable.</li> </ul>
4. Introducir el material a autoclave.	Aux. De enfermería	Al introducir el material al autoclave se debe tener en cuenta; los límites de agua dentro del autoclave (20cc) y limpieza.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 119 de 142



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
5. Esterilización del instrumental	Aux. De enfermería	Cerrar la tapa con la técnica según el equipo. Presionar el botón de encendido y esperar que inicie su proceso. Cuando el manómetro haya indicado el no. De libras según el tipo de material a esterilizar (15libras), se apaga y se espera que la manecilla del manómetro baje sola. Realizar el proceso de esterilización del instrumental, el cual tiene un tiempo de duración de 2 horas de acuerdo al manual de esterilización
6. Ubicación del material.	Aux. De enfermería	Una vez esterilizado el material, se ubica en el servicio correspondiente de acuerdo al manual de almacenamiento de la ESE CEO. La vida útil de un material estéril es el tiempo que transcurre desde que es procesado hasta que se utiliza o fecha de caducidad.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 120 de 142

## LAVADO DE MANOS AREA: SERVICIOS MISIONALES

El lavado de manos se considera una importante barrera de protección. Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria de la piel y de las uñas para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. La técnica de lavado de manos varía de acuerdo al tiempo de contacto del jabón con las manos:

### LAVADO DE MANOS CLÍNICO

Se realiza con agua y jabón antiséptico que contiene 4% de Gluconato de Clorhexidina. Es la medida más importante para la prevención de infecciones, y debe ser ejecutada antes y después del contacto con pacientes, entre diferentes procedimientos efectuados en el mismo paciente, luego de manipulaciones de instrumentales o equipos usados que hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes, luego de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, materiales e instrumentos contaminados independiente de que se haya usado guantes y se deberá realizar también inmediatamente después de retirar los guantes usados o no, en la atención de pacientes. Para el personal de servicios generales el lavado de manos clínico es obligatorio luego de realizar actividades de limpieza y desinfección, no descartando el lavado en seco posterior al lavado de manos clínico.



*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
Técnica lavado de manos	Todo el personal de la institución	<p><b>LAVADO DE MANOS CLÍNICO</b></p> <p>Retirar objetos de las manos como, pulseras, reloj y anillos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Humedecer las manos con agua corriente</li> <li>· Aplicar 3 a 5 ml de jabón líquido.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esparcir el agua jabonosa en las manos.</li> <li>2. Frotarse palma con palma las manos vigorosamente.</li> <li>3. Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.</li> <li>4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados en forma interdigital.</li> <li>5. Frótese los dorsos de los dedos entre sí. En forma de candado.</li> <li>6. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación hacia arriba, y viceversa.</li> <li>7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa permitiendo el lavado de uñas.</li> <li>8. Enjuague dejando correr el agua desde la parte distal hacia la proximal.</li> <li>9. secar con toalla de papel de un solo uso.</li> <li>10. Cerrar el grifo con la toalla si no tiene sensor o forma automática.</li> <li>11. Descartar la toalla en caneca con bolsa verde.</li> </ol> </li> </ul>

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 122 de 142

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
		<p><b>LAVADO DE MANOS EN SECO (ALCOHOL GLICERINADO).</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.</li> <li>2. Frótese las palmas de las manos entre sí</li> <li>3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa</li> <li>4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.</li> <li>5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos</li> <li>6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.</li> <li>7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa</li> <li>8. Una vez secas, sus manos son seguras.</li> </ol>

En relación al lavado de manos debe considerarse:



- Se debe realizar un lavado corto al ingresar y retirarse del consultorio; antes y después de usar los guantes para realizar procedimientos no invasivos; antes y después de ingerir líquidos y alimentos; después de usar los sanitarios; después de estornudar, toser, tocarse la cara, arreglarse el cabello o cuando estén visiblemente sucias.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 123 de 142



- Se debe realizar un lavado mediano antes y después de realizar procedimientos invasivos; después de tener contacto con pacientes infectados por gérmenes resistentes, después de manipular material e instrumental contaminado con fluidos corporales.
- Se debe realizar un lavado largo antes de efectuar cualquier procedimiento quirúrgico.
- Para ser efectivo, el lavado de manos deberá tener la suficiente duración y la acción mecánica que permita que los productos antimicrobianos estén en contacto el tiempo suficiente para lograr los resultados deseados.
- No frote sus manos con un cepillo pues irrita la piel dejando incluso heridas abiertas.
- Durante el lavado de manos, se deberá tener especial atención en: la parte interna de los dedos sobre todo los dedos pulgares, parte del dorso de las manos y bajo las uñas.
- El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.
- Las uñas de todos los profesionales y las del personal auxiliar, deberán mantenerse cortas y siempre muy limpias en el surco ungueal.
- Evitar el empleo de jabones sólidos, pues se ha demostrado que el contacto repetido favorece el crecimiento de bacterias provenientes tanto de la piel del operador como de la boca del paciente.
- Utilizar jabones líquidos obtenidos de dispensadores apropiados.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i></p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 124 de 142



- El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros.
- Para el secado de las manos se debe emplear toallas de papel, debido a que en las toallas de felpa también crecen bacterias provenientes tanto de la piel del operador como de la boca del paciente, luego de cuatro usos consecutivos.
- Los dispensadores de toalla en lo posible deben ser cerrados para impedir la contaminación por exposición al ambiente o contacto con las manos del personal y debe estar muy cercano al lavamanos a una altura que permita mantenerlo seco, libre de salpicaduras.
- Se recomienda utilizar cremas para rehidratar para evitar resequedad que ocasionen pequeñas lesiones en la piel
- No se recomienda el uso de secador de aire, por su lentitud y riesgo de recontaminación.
- Se debe procurar que las llaves de agua del lavamanos o similar del consultorio sean de palanca, accionadas con el pie o fotosensibles. En caso que sean de rosca, estas deberán ser cerradas con la última toalla del secado.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 125 de 142

## USO DE GANTES SERVICIOS MISIONALES

Es importante anotar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:



- Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal.
- Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Muestras de laboratorio, tubos con sangre, tejidos o piezas corporales para análisis.
- Vacunación.
- Debe usarse guantes para la realización de punciones venosas (y otros procedimientos que así lo requieran) y demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**

 **WHATSAPP**  
**304 384 99 92**

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 126 de 142

Existen diferentes tipos de guantes:

- ✓ Guantes quirúrgicos estériles, de uso en procedimientos quirúrgicos, como su nombre lo dice
- ✓ Guantes no estériles (en látex o vinil), apropiado para exámenes clínicos y procedimientos no quirúrgicos, deben ser desechados después de su uso, ya que el látex tiende a deteriorarse cuando esta sometido a tensión física, a agentes desinfectantes, líquidos usados en odontología y tratamientos térmicos como el autoclave. Los guantes deben cambiarse cuando son perforados, en procedimientos que duren mas de 60 minutos o cuando la superficie se vuelva pegajosa o cuando la seguridad del paciente lo permita. Para odontología también deben ser cambiados entre paciente y paciente.
- ✓ Guantes industriales o polinitrilo o neopreno: Son resistentes a los pinchazos, útiles durante el procedimiento de lavado de instrumental, desinfección de consultorio o área y manejo de químicos. Estos pueden ser descontaminados y reusados, se deben desechar cuando estén pelados, rotos o decolorados.

## PROCEDIMIENTO PARA LA POSTURA DE GUANTES ESTÉRILES (TÉCNICA CERRADA)

### SERVICIOS MISIONALES



- Lavar las manos de acuerdo a la técnica anteriormente descrita.
- No sacar las manos de los puños de la bata hasta que el guante esté colocado.
- Sujete el guante derecho con la mano izquierda.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 127 de 142

- Manteniendo los brazos por encima de la cintura, deje la mano derecha con la palma hacia abajo, los dedos en dirección a los codos y la muñeca del guante sobre el puño de la blusa.
- Tome el guante con la mano que va a enguantar y ayude con la otra para estirar el guante hasta que cubra totalmente la abertura de la blusa.
- Estire el guante sobre el extremo de la manga y la mano empezando a introducirlos dedos en la apertura de la manga.
- Sujetando la manga y el guante, estírelos como si ambos fueran una unidad.
- Con la mano derecha tome el guante izquierdo y repita el mismo procedimiento, asegurándose de que ambos guantes cubran completamente el puño tejido de la bata.
- Ajuste las puntas de los dedos del guante a la mano, de manera que no queden arrugas.

## PROCEDIMIENTO PARA LA POSTURA DE GANTES ESTÉRILES (TÉCNICA ABIERTA)

### SERVICIOS MISIONALES



- Lavar las manos
- Tomar el primer guante por su cara interna
- Colocar el primer guante sin tocar su cara externa

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

f i o v  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>				
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 128 de 142	

- Tomar el segundo guante por el pliegue del puño
- Colocar sin tocar la cara interna que esta en contacto con la piel
- Acomodar el primer guante sin tocar la cara que esta en contacto con la piel

### Recomendaciones



- Una vez colocados los guantes, no tocar superficies ni áreas corporales que no estén libres de desinfección.
- Los guantes deben cambiarse entre pacientes puesto que una vez utilizados, se convierten en fuente de contaminación externa y ambiental. Por lo tanto no se debe tocar ni manipular los elementos y equipos del área de trabajo, que no sean necesarios en el procedimiento.
- El utilizar doble guante es una medida eficaz en la prevención del contacto de las manos con sangre y fluidos de precaución universal. Aunque no evita la inoculación por pinchazo o laceración, disminuye el riesgo de infección ocupacional en un 250/0.
- Al presentarse punción o ruptura en los guantes estos deben ser cambiados.
- Es importante el uso de guantes con la talla adecuada, dado que el uso de guantes estrechos o laxos favorece la ruptura y accidentes laborales.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 129 de 142

**BAÑO GENITAL EXTERNO**  
**AREA: URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y PARTOS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Organizar el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Alistar el equipo necesario (pato, riñonera, gasas jabonosas, gasas secas, guantes, un recipiente con agua, etc.), ubicar cerca de la cama.
2. Explicar el procedimiento al paciente	Auxiliar de enfermería	Si la paciente se puede hacer el baño, se suministrará los elementos necesarios, de lo contrario se explicará cada uno de los pasos a seguir.
3. Retirar y desechar apósitos sucios, si los hay.	Auxiliar de enfermería	Retirar y desechar apósitos sucios, si los hay.
4. Ubicar al paciente en una posición adecuada	Auxiliar de enfermería	Colocar al paciente en posición ginecológica, permitiéndole que elimine en el pato. Posteriormente descubrir la región dejando protegida la parte externa de los muslos con la sobresabana.
5. Asepsia de genitales	Auxiliar de enfermería	<p>Verter agua sobre la región perineal y proceder a la limpieza (previa postura de guantes), de acuerdo al género del usuario:</p> <p>* Si es paciente femenina: Pasar cada gasa una sola vez (de arriba hacia abajo, entre labios mayores y menores), Pasar otra gasa por el centro y enjuagar con suficiente agua hasta retirar la totalidad del jabón y secar el área con suavidad.</p> <p>* En caso del hombre, se deberá tomar el pene, retraer el prepucio y con movimientos circulares se procederá a limpiar el glande de la parte distal a la proximal, finalmente enjuagar el área con suficiente agua y secar. Retraiga nuevamente el</p>

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 130 de 142

		prepuccio.
6. Cubrir al paciente y dejarlo en posición cómoda	Auxiliar de enfermería	Cubrir al paciente y dejarlo en posición cómoda
7. Organizar el equipo utilizado	Auxiliar de enfermería	Organizar el equipo utilizado, deje la unidad limpia y en orden.
8. Registrar en la historia clínica	Auxiliar de enfermería	Registrar anotaciones pertinentes, teniendo en cuenta presencia de flujos, hemorragias u otro tipo de secreciones

**BAÑO EN DUCHA  
AREA: HOSPITALIZACION – OBSTETRICIA**



<b>DEFINICIÓN</b>		
Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad cuando la condición del paciente lo permite. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas, mediante el cual se realiza exposición del cuerpo a la caída del agua.		
<b>SECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. Verificar la limpieza de la ducha y medidas de seguridad	Auxiliar de enfermería	Observar que no existas residuos de jabón en el piso de la ducha, ni ningún otro tipo de material por desechar; además se deberá colocar una silla bajo la regadera en caso que el paciente lo requiera.
2. Organizar el equipo necesario	Auxiliar de enfermería	Preparar el equipo necesario (implementos de aseo), toalla, silla Rimax, silla de ruedas y ropa o bata para el paciente y llevarlo junto a la ducha.
3. Asistir el baño del paciente	Auxiliar de enfermería	Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente. Ayude al paciente a ir al baño. Si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 131 de 142

		<p>Ayude a desvestirse proporcionando privacidad.          Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.          Ayúdele a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.          Deje al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.</p>
4. Colaborar en el arreglo personal del usuario	Auxiliar de enfermería	Ayúdalo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos, ayude a vestirse, proporcionándole seguridad emocional y confort y trasládalo a la unidad del paciente.
5. Organizar el equipo y la ropa sucia	Auxiliar de enfermería	Alistar el equipo utilizado y llevar la ropa sucia al sitio indicado para tal fin Deje el equipo limpio y en orden.
6. Registro de anotaciones pertinentes	Auxiliar de enfermería	Registra en la historia clínica las anotaciones de enfermería pertinentes

**ASIGNACION DE CITAS DE ECOGRAFIAS ORDENADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
AREA: URGENCIAS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Verificación de derechos	Funcionario de asignacion de citas	El usuario se acerca a la oficina facturación o citas al usuario con la orden del procedimiento. Allí se comprueban derechos (existencia en la base de datos, dirección de domicilio, comuna), o se enviara a EPS para su respectiva autorización.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 132 de 142

2.. Registro en formatos de citas	Funcionario de asignacion de citas	Registra en el módulo de asignación de citas los datos de identificación del usuario y el turno asignado. según disponibilidad
3. Entrega de cita	Funcionario de asignacion de citas	Se proporciona al usuario impresión de hoja que incluye la fecha, la hora y el turno respectivo

**ASIGNACION DE CITAS DE RADIOLOGÍAS ORDENADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
AREA: URGENCIAS**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1.entrega de orden de procedimiento	Auxiliar de enfermería	La auxiliar de enfermería presenta al cajero la orden de rayos x y adjunta los rips de los procedimientos realizados hasta el momento.
2.facturación del procedimiento	Cajero	Se genera una factura parcial, anexando la copia del rips de rayos x.
3. Solicitud de turno de urgencias	Enfermera jefe del servicio de urgencias	Teniendo en cuenta el criterio médico, la enfermera jefe, solicita al servicio de rayos x un turno de urgencia, para que le sea realizado el procedimiento de inmediato.
4.solicitud de ambulancia (zona oriente y zona sur)	Auxiliar de enfermería	Por medio del radioteléfono se solicita la ambulancia y se envía el usuario a toma de rayos x en el centro de salud de Canaima o Caimi.

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 133 de 142

**ASIGNACION DE CITAS DE RADIOLOGÍAS ORDENADAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION  
AREA: HOSPITALIZACION**



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1.entrega de orden de procedimiento	Auxiliar de enfermería	La auxiliar de enfermería presenta al cajero la orden de rayos x y adjunta los rips de los procedimientos realizados hasta el momento.
2.facturación del procedimiento	Cajero	Se genera una factura parcial, anexando la copia del rips de rayos x.
3. Solicitud del turno al servicio de rayos x	Enfermera jefe del servicio de urgencias	El enfermero jefe, solicita al servicio de rayos x un turno, el cual se asigna con prioridad debido a que la estancia hospitalaria depende del procedimiento. E informa al paciente y su acompañante sobre el correspondiente traslado.
4.solicitud de ambulancia	Auxiliar de enfermería	Por medio del radioteléfono se solicita la ambulancia y se envia el usuario a toma de rayos x en el centro de salud de Canaima o Caimi

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 134 de 142

**ASEO UNIDAD DEL PACIENTE  
AREA: HOSPITALIZACION Y SALA DE PARTOS**

<b>DEFINICIÓN</b>		
<b>ASEO RECURRENTE:</b> Es la limpieza diaria y en cada turno que se realiza a los elementos que conforman la unidad del usuario, dando comodidad y seguridad al paciente.		
<b>SECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. Retirada de elementos	Auxiliar de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al paciente y explíquelo el procedimiento a realizar.</li> <li>2. Realizar la postura de los elementos de protección personal requeridos acorde a lo establecido en el manual de limpieza y desinfección.</li> </ol> Retire la mesa de noche, la de comer, pase la silla a los pies de la cama; recoja las jarras, vasos, riñoneras y llevelos al centro de servicios para la limpieza.
2. Preparación del equipo	Auxiliar de enfermería	Alistar los elementos requeridos (platón con agua, recipiente con jabón, bolsas para la basura, paños y tendidos de cama)
3. Descripción del procedimiento	Auxiliar de enfermería	Una vez sueltos los tendidos, coloquelos en el compresor y proceda: Realice el movimiento del mobiliario para garantizar realizar la limpieza y desinfección en la totalidad del mobiliario. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice la dilución del limpiador desinfectante para limpieza rutinaria y limpieza terminal. Con detergente enzimático <b>BONZYME</b>. Aplique 3 aspersiones a la sabrá o paño, aplicando la técnica de arrastre.</li> </ul> Realice fricción en la superficie del mobiliario y enjuague muy

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

 **LÍNEA AMIGA**  
863 2828

 **WHATSAPP**  
304 384 99 92



 **ESE Carmen Emilia Ospina**

<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 135 de 142
---	-------------------------	-----------------------------	-----------	--------------------------

		<p>bien. Al aplicar el desinfectante (<b>GLUTFAR</b>) deje actuar por cinco minutos). Retire producto con agua las veces que sea necesario.</p>
4. Organización de la unidad	Auxiliar de enfermería	Ubique nuevamente la jarra, los vasos, la riñonera en la mesa de noche. Retire el equipo y deje en perfecto orden la unidad.


**ASEO TERMINAL DE LA UNIDAD  
AREA: HOSPITALIZACION Y SALA DE PARTOS**

<b>SECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. Retirada de elementos	Auxiliar de enfermería	Retire la mesa de noche, la de comer, pase la silla a los pies de la cama; recoja las jarras, vasos, riñoneras y llevelos al centro de servicios para su lavado.
2. Preparación del equipo	Auxiliar de enfermería	Alistar los elementos requeridos (platón con agua, recipiente con jabón, bolsas para la basura, paños, escobillon de cerdas o churrusco, solución desinfectante y compresero)
3. Retiro de tendidos	Auxiliar de enfermería	Afloje los tendidos de la cama, utilizando la técnica adecuada y colóquelos en el compresero.
4. Lavado de muebles	Auxiliar de enfermería	Realice la dilución del limpiador desinfectante para limpieza rutinaria y limpieza terminal. Con detergente enzimático <b>BONZYME</b> . 3 aspersiones a la sabrá o paño, aplicando la técnica de arrastre: Lave primero los muebles que considere más limpios, mesa de noche, de comer y silla. Lave las bandanas de la cama, una de las superficies del

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 136 de 142

		caucho y el colchón. Lave marco y malla de la cama con el escobillón. Realice fricción en la superficie del mobiliario. Deje actuar el <b>GLUTFAR</b> por cinco minutos y retire nuevamente con el paño.
5. Organización de la unidad	Auxiliar de enfermería	Ubique nuevamente la jarra, los vasos, la riñonera en la mesa de noche; coloque sobre el colchón la almohada y las cobijas. Retire el equipo y deje en perfecto orden la unidad.

### TENDIDO DE CAMA AREA: URGENCIAS Y SALA DE PARTOS

DEFINICIÓN	
<p><b>TENDIDO DE CAMA:</b> Es un procedimiento rutinario simple y a la vez complejo, ya que requiere de ciertas habilidades como la paciencia, destreza y orden, que no muchos poseen y sobre todo lo más importante saber qué tipo de cama realizar para determinada atención al paciente <u>en condiciones de higiene y confort.-</u></p>	

*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*


**LÍNEA AMIGA**  
**863 2828**


**WHATSAPP**  
**304 384 99 92**


**ESE Carmen Emilia Ospina**

1. **Cama cerrada:** Cuando ésta se encuentra desocupada hasta antes del ingreso del paciente.
2. **Cama ocupada:** Son las maniobras que se efectúan para cambiar de ropa a la cama cuando el paciente la ocupa, pero está capacitado para deambular.
3. **Cama post-operatoria o de recuperación:** Cuando se prepara para recibir a un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente.



SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Lavado de manos	Auxiliar de enfermería	Se lava las manos teniendo en cuenta la técnica según protocolo institucional <u>y uso de EPP.</u>
2. Preparación de la ropa necesaria	Auxiliar de enfermería	Alistar sabana, sobresabana, funda, sabana de movimiento y caucho protector
3. Ubicación de la ropa	Auxiliar de enfermería	Coloque la ropa sobre la silla en el orden inverso al que se va a usar y coloque las almohadas sobre la silla. Abra la sabana y extiendala sobre el colchón, asegure los extremos sobrantes como el colchón.
4. Ubicación del caucho y sabana de movimiento	Auxiliar de enfermería	Coloque el caucho cubriendo el tercio medio de la cama y extienda la sabana de movimiento cubriendo totalmente el caucho. Prese las sabanitas por debajo del colchón.
5. Ubicación de la sobresabana	Auxiliar de enfermería	Coloque la sobresabana y haga un doblez ancho en el extremo superior, introduzca los bordes del extremo inferior y haga los angulos correspondientes
6. Colocación de funda	Auxiliar de enfermería	Vista la almohada con la funda y coloquela en la parte superior de la cama

**TENDIDO DE CAMA ABIERTA**  
**AREA: HOSPITALIZACION Y SALA DE PARTOS**

**DEFINICIÓN**

**CAMA ABIERTA:** Cuando se prepara al paciente que ésta en condiciones de deambular. Se distingue de la cama cerrada por los cambios en la ropa que cubre al paciente

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Lavado de manos	Auxiliar de enfermería	Se lava las manos teniendo en cuenta la técnica anterior mente descrita
2. Preparación de la ropa necesaria	Auxiliar de enfermería	Alistar sabana, sobresabana, funda, sabana de movimiento y caucho protector
3. Ubicación de la ropa	Auxiliar de enfermería	Coloque la ropa sobre la silla en el orden inverso al que se va a usar y coloque las almohadas sobre la silla. Abra la sabana y extiendala sobre el colchón, asegure los extremos sobrantes como el colchón.
4. Ubicación del caucho y sabana de movimiento	Auxiliar de enfermería	Coloque el caucho cubriendo el tercio medio de la cama y extienda la sabana de movimiento cubriendo totalmente el caucho. Preense las sabanitas por debajo del colchón.
5. Ubicación de la sobresabana	Auxiliar de enfermería	Coloque la sobresabana y doble su extremo superior hasta la mitad de la cama en forma de angulo o acordeón.

 <p><b>ESE</b> CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<b>MANUAL ENFERMERIA</b>			
<b>PROCESO:</b> GESTIÓN EN ATENCIÓN DE URGENCIAS	<b>CODIGO:</b> SU-S1-M4	<b>VIGENCIA:</b> 07/11/2023	<b>V6</b>	<b>PÁGINA</b> 139 de 142

**TENDIDO DE CUNA  
AREA: URGENCIAS – HOSPITALIZACION Y PARTOS**

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Lavado de manos	Auxiliar de enfermería	Se lavan las manos teniendo en cuenta la técnica adecuada
2. Aseo de la unidad con técnica descrita	Auxiliar de enfermería	Realice la limpieza con detergente enzimático <b>BONZYME</b> . 3 aspersiones a la sabana o paño, aplicando la técnica de arrastre y retiro con paño con agua.
3. Preparación de ropa necesaria	Auxiliar de enfermería	Coloque la ropa sobre la baranda inferior
4. Ubicación de los tendidos	Auxiliar de enfermería	Afloje los tendidos, coloque al niño en la parte inferior de la cuna, tienda la parte superior de la cuna; pase al niño a la parte ya tendida y proceda a hacerlo en la parte inferior. Acomode al niño y termine de colocar los tendidos.

**TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO  
AREA: URGENCIAS-HOSPITALIZACIÓN Y PARTOS**

DEFINICIÓN		
La toma de muestras de laboratorio es un procedimiento que permite acceder al torrente sanguíneo para extraer una pequeña muestra de sangre, que será utilizada en diversas pruebas.		
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. Ordena laboratorios	Médico	Luego de realizar la valoración, el médico determina si el usuario requiere la realización de exámenes de






*Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad*

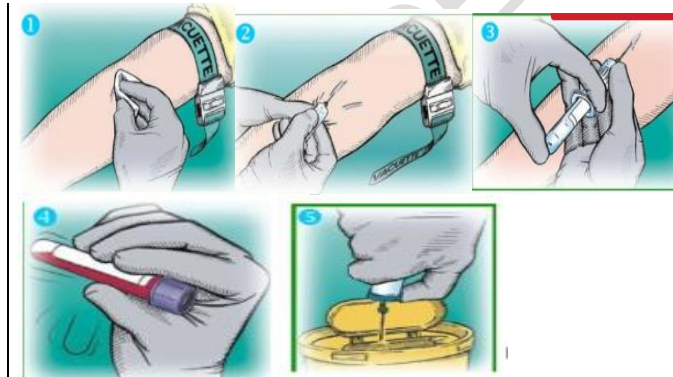
LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92


  
ESE Carmen Emilia Ospina

		laboratorio y lo carga en el índigo
2. Verificar la orden dada por el médico	Enfermera o auxiliar de enfermería	Revisar las órdenes médicas, verificando el nombre del usuario, tipo de examen. Se constata que la información de la orden médica esté clara y completa, se registra la dirección y la zona de procedencia.
3. Preparación de los elementos necesarios	Auxiliar de enfermería	Orden médica, elementos de protección individual, Jeringa de 10 ml con aguja o Venoject, torniquete, torundas alcoholadas y secas, recipiente adecuado para transporte, bolsa para desperdicios, tubos indicados.
4. Explicar el procedimiento que se va a realizar al usuario	Enfermera o auxiliar de enfermería	<p>Se le informa al usuario el tipo de examen que se va a realizar, y las recomendaciones a tener en cuenta para la recolección de las muestras</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar al paciente (preguntar su nombre) Verificar si corresponde el nombre <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremar precauciones</li> <li>• Un error aquí podría conllevar la anulación de toda la serie analítica.</li> </ul> </li> <li>2. Revisar petición de análisis y comprobar datos del paciente y servicio solicitante.</li> <li>3. Constatar que el paciente esté preparado para la toma de muestra (anímica y biológicamente).</li> <li>4. Anotar al reverso de la solicitud del examen, si el paciente está tomando medicamento especial.</li> <li>5. Explicar al paciente en qué consistirá la toma de muestra sanguínea.</li> </ol>

		<p>6. Verificar que los materiales a usar estén listos y que el paciente esté cómodo. (Marcar adecuadamente los tubos y recipientes que van a ser empleados para la toma de muestra, con el nombre del paciente, número de identificación.)</p> <p>7. Seleccionar el sitio de la vena donde se realizará la punción.</p>
<p>5. Realizar la toma de muestras</p>	<p>Usuario/ auxiliar de enfermería y/o enfermera</p>	<p>1. Desinfecte y aplique el torniquete</p> <p>2. Realice la punción.</p> <p>3. Suelte el torniquete y tome los tumos en el orden indicado.</p> <p>4. Mezcle suavemente.</p> <p>5. Deseche la aguja en el guardián</p> <p>6. Orden de toma de las muestras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.  Sin anticoagulante (tubo seco)</li> <li>2.  Con citrato de sodio(coagulación)</li> <li>3.  EDTA (cuadros hemáticos).</li> <li>4.  Heparina. (Especiales).</li> <li>5.  Fluoruro Sódico (especiales, Abuso y sustancias psicoactivas).</li> </ul>



6. Enviar las muestras al laboratorio clínico

Auxiliar de enfermería

Si se está en palmas o (CAIMI) y Canaima durante el día, se llevan al laboratorio, donde se entregan a la auxiliar de laboratorio y si se está los demas centros de salud, se entregan al mensajero debidamente marcados y tapados para su traslado hasta el laboratorio de palmas (CAIMI) de acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin



CARMEN EMILIA OSPINA  
Salud, bienestar y dignidad

MANUAL  
ENFERMERIA



PROCESO:  
GESTIÓN EN ATENCIÓN DE  
URGENCIAS

CODIGO: SU-S1-M4

VIGENCIA: 07/11/2023

V6

PÁGINA 1 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el cambio	Fecha de aprobación
4	Modificación del documento	25/11/2013
5	Modificación del documento:	03/12/2021
6	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso "Gestión en el servicio de urgencias", se realizaron los siguientes ajustes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualización de la vigencia.</li> <li>2. Modificación del contenido en general.</li> <li>3. Ajustes estructurales.</li> </ol>	07/11/2023
<p>Nombre: María Nélica Ninco Rodríguez. Agremiada Asistir.</p> <p>Nombre: Evelyn Karolina García Polanco. Agremiada Asistir.</p> <p>Nombre: Milvia Inés Pérez Gómez. Agremiada Asistir.</p> <p>Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica.</p>		
<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA  
863 2828

WHATSAPP  
304 384 99 92

Facebook Instagram YouTube  
ESE Carmen Emilia Ospina